

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**A DIMENSÃO GERENCIAL DA IDENTIDADE PROFISSIONAL
DA(O) ENFERMEIRA(O) NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM:
UMA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Maria Patrícia Rogério Locks de Mesquita

Florianópolis, fevereiro de 2002

MARIA PATRÍCIA ROGERIO LOCKS DE MESQUITA

**A DIMENSÃO GERENCIAL DA IDENTIDADE PROFISSIONAL
DA(O) ENFERMEIRA(O) NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM:
UMA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr.^a. Marta Lenise do Prado

Co-Orientadora: Dda. Francine Gelbecke

Florianópolis, fevereiro de 2002

MARIA PATRÍCIA ROGERIO LOCKS DE MESQUITA

**A DIMENSÃO GERENCIAL DA IDENTIDADE PROFISSIONAL
DA(O) ENFERMEIRA(O) NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM:
UMA PERSPECTIVA DE CONSTRUÇÃO COLETIVA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. E aprovada em fevereiro de 2002

Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Coordenadora PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Marta Lenise do Prado

Presidente

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Membro

Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Membro

Dra. Maria do Horto Cartana

Membro Suplente

Dedico este trabalho:

Aos meus queridos pais José e Betina, por sempre terem sido exemplos de dedicação, de retidão e de amor, toda minha gratidão e amor.

Ao Marcelo, meu amor e companheiro, por sempre ter me incentivado, me ensinado a sonhar, por sua alegria contagiante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo Dom da vida e por ser minha luz

Ao Marcelo que soube compreender minhas ausências, minhas inquietações, sempre me incentivando, obrigada por sua doce e alegre presença, meu amor.

Aos meus pais, José e Betina pelo grande apoio que sempre me deram em várias fases da minha vida, pelos ensinamentos, incentivo e carinho. Amo vocês!

Aos meus irmãos, cunhados, cunhadas e sobrinhos, por compartilharem comigo muitos momentos de alegria, de tristeza e de sabedoria. Em especial, a minha grande amiga e irmã Tety, que sempre me dedicou especial atenção e carinho em várias fases da minha vida, obrigada pela tua paciência e mansidão, pelo exemplo que és de mãe e mulher. A vocês todo o meu afeto.

À Marta e a Francine, mais que orientadoras, foram companheiras e amigas, socializando seus saberes, suas bibliografias, torcendo comigo, me motivando, me acalmando nas horas de angústia. A vocês o meu carinho e admiração.

Ao meu sogro Gualberto e a Maria, pelo carinho que sempre me dedicaram. A vocês o meu afeto.

A Banca, Prof^a. M^a Itayra, Prof^a. Flávia, Prof^a. M^a do Horto e Dda. Ana Zoé por aceitarem compartilhar esta etapa comigo, pelo incentivo, contribuições e carinho.

Aos sujeitos deste estudo, por suas presenças neste processo, revelando seus conhecimentos e sensibilidade, compartilhando comigo muitos momentos de crescimento e de possibilidades, sendo co-responsáveis por esta construção. O meu agradecimento e carinho.

Às amigas especiais, Eliane, Nádia e Beatriz, companheiras de muitas horas, que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando minhas angustias, alegrias e tristezas. A vocês todo o meu afeto.

À Sílvia, por ter se tornado uma grande amiga, por sua dedicação e disponibilidade incansável, por em todas as fases do mestrado ter formatado os meus trabalhos e realizado com tanto carinho esta apresentação. Meu agradecimento e afeto.

A Marina, A Sílvia e a Eliane por me permitirem participar da vida de vocês, que me proporciona muitas possibilidades de crescimento, de alegria e de amor, ao transitar em algumas gerações – na adolescência, na juventude e na maturidade.

Às amigas sempre presentes, que me acompanham desde os tempos de colégio, obrigada por suas presenças, pelas trocas e pelo carinho. A vocês todo o meu afeto.

Às amigas do mestrado, pela convivência, pela socialização dos conhecimentos, por juntas termos compartilhado muitos momentos de alegria e sofrimento como mestrandas. Em especial a Eliane, Tânia, Cinara, Léia, Silvana, Rita, Dulce, Bea, Sonara, Samara e Lúcia Amante. A vocês o meu carinho.

Às amigas Especiais que encontrei no HU, por compartilharem comigo suas experiências, suas idéias, seus cuidados comigo. Em especial a Zeca, Fátima G., Paula, Susan, Chris, Lígia, Márcia Binder, Silvana Pereira, Rode, Eliabe e Marcos Silveira.

Às Companheiras da DPI, pelo apoio e carinho recebido, em especial a Fátima, a Terezinha, a Marta, a Joyce, a Tânia e a Soraya. A vocês o meu carinho.

Ao CEPEn, por ter acreditado nesse trabalho e pelo apoio recebido durante este período. Meus sinceros agradecimentos.

Ao Hospital Universitário, em especial a Enfermagem pelo apoio recebido durante esta jornada.

Aos consultores e facilitadores do Centro de Aprendizagem Vivencial, Luis e Edimar, por terem compartilhado seus saberes de forma tão harmoniosa e contribuído muito com meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela dedicação no trabalho que desenvolvem, pelo carinho com que me receberam durante essa caminhada. Em especial a Denise Pires e a M^a Itayra.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio e carinho recebido, em especial a Cláudia e a Fabiana. Meu sincero agradecimento.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram com esta caminhada e, que desejam construir um mundo melhor. Muito Obrigada!

RESUMO

Este estudo tem por objetivo refletir acerca da dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) percebida pelos trabalhadores(as) de enfermagem, buscando o redimensionamento e a construção de novas referências para esta dimensão. Foi desenvolvido em uma instituição hospitalar pública e gratuita da região sul do país. O referencial teórico deste estudo foi construído a partir de crenças e valores pessoais, alguns conceitos da “abordagem conceitual” de Capella (1998), referências e pressupostos do Sistema de Aprendizagem Vivencial, bem como, contribuições de alguns autores acerca de aspectos relacionados à dimensão gerencial. Através de uma abordagem qualitativa, a aproximação com os sujeitos do estudo ocorreu a partir de entrevistas semi-estruturadas (com oito trabalhadores de nível médio e quatro chefias de serviço de enfermagem) e de encontros vivenciais (com onze enfermeiras assistenciais), num processo reflexivo e participativo, buscando resgatar as experiências vividas para uma construção efetivamente coletiva, acerca da dimensão gerencial. A dinâmica metodológica utilizada para organizar os encontros vivenciais, teve como base as premissas do Sistema de Aprendizagem Vivencial, que adota como referência a “dinâmica das relações grupais”, respeitando a evolução de cada encontro, que inclui quatro fases: inclusão, controle, ajustamento e avaliação. A análise dos resultados foi desenvolvida à luz da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977). Ao considerar a identidade profissional da(o) enfermeira(o), como também o processo de trabalho da enfermagem como multidimensional, é que apresento as categorias de análise que surgiram a partir dos dados, baseado na percepção dos sujeitos do estudo, bem como, em reflexões pessoais. São elas: dimensão gerencial, dimensão assistencial, dimensão educativa e dimensão relacional. Em relação aos resultados que emergiram do estudo, um fator fortemente evidenciado pelas(os) enfermeiras(os) se refere a falta de instrumentalização e referências em lidar com a dimensão gerencial. Essas apontaram como a mais difícil tarefa em relação a esta dimensão o “gerenciamento das relações interpessoais” na equipe. A partir dos dados e do levantamento de algumas dificuldades que deveriam ser trabalhadas, os sujeitos do estudo sentiram a necessidade de estabelecer um contrato de co-responsabilidade para buscar coletivamente projetos de mudanças, na instituição. Nesse sentido, a partir da análise dos dados, buscou-se redimensionar e apontar novas referências para a dimensão gerencial. Como possibilidades apontadas surgiram, entre outros aspectos, o gerenciamento participativo, a conquista de maior “autonomia” para os trabalhadores em relação ao seu processo de trabalho, um processo comunicacional eficiente que abarque questões da subjetividade dos sujeitos envolvidos, a reestruturação de alguns instrumentos do processo de trabalho da enfermagem, dentre eles o método de assistência de enfermagem, a construção de espaços concretos de instrumentalização para os trabalhadores, na educação formal como também na educação no trabalho.

RESÚMEN

Este estudio tiene por objetivo reflexionar sobre la dimensión gerencial de la identidad profesional del Enfermero (a) percibido por los trabajadores (as) de Enfermería, buscando el redimensionamiento y la construcción de nuevas referencias para tal dimensión. Fue desarrollada en una institución hospitalar pública y gratuita en la Región Sur del país. El referencial teórico de este estudio fue construido a partir de creencias y valores personales, algunos conceptos de "Abordaje Conceptual", Capella (1998), referencias y presupuestos del Sistema de Aprendizaje Vivencial, así como, contribuciones de algunos autores sobre aspectos relacionados a la dimensión gerencial. A través de una investigación cualitativa, la aproximación con los sujetos del estudio ocurrió a partir de entrevistas semi-estructuradas (con trabajadores de nivel secundario y jefas del servicio) y de encuentros vivenciales (con Enfermeras asistenciales), en un proceso reflexivo y participativo, procurando rescatar las experiencias vividas para una construcción efectivamente colectiva, al respecto de la dimensión gerencial. La dinámica metodológica utilizada para organizar los encuentros vivenciales, tuvo como base las premisas del Sistema de Aprendizaje Vivencial, que adopta como referencia la "dinámica de las relaciones grupales", respetando la evolución de cada encuentro que incluye cuatro fases: inclusión, control, ajustamiento y evaluación. El análisis de los resultados fue desarrollada a partir del análisis de contenido según Bardin (1977). Al considerar la identidad profesional del Enfermero (a), así como el proceso de trabajo de Enfermería como multidimensional presento las categorías de análisis que surgieron a raíz de los datos basados en la percepción de los sujetos de estudio, también, de reflexiones personales. Las categorías son: dimensión gerencial, dimensión asistencial, dimensión educativa y dimensión relacional. En relación a los resultados que surgieron del estudio, un factor fuertemente evidenciado por los Enfermeros (as) se refiere a la falta de instrumentalización y referencias en lidar con la dimensión gerencial. Estas demuestran como la más difícil tarea en relación a esta dimensión el "gerenciamiento de las relaciones interpersonales" en equipo. A partir de los datos y del levantamiento de algunas dificultades que deberian ser trabajadas, los trabajadores sintieron la necesidad de establecer un contrato de co-responsabilidad para buscar colectivamente proyectos de cambios en la institución. Para tal sentido, fue a partir del análisis de datos que se buscó redimensionar y mostrar nuevas referencias para la dimensión grupal. Como posibilidades señaladas surgieron, entre otros aspectos, el gerenciamiento participativo, la conquista de mayor "autonomía" para los trabajadores en relación a su proceso de trabajo, así como un proceso comunicativo eficiente que incluya cuestiones subjetivas de los sujetos envueltos, la reestructuración de algunos instrumentos del proceso de trabajo de Enfermería, entre ellos el Método de Asistencia de Enfermería, la construcción de espacios concretos de instrumentalización para los trabajadores, en la educación formal, así como para la educación en el trabajo.

ABSTRACT

The purpose of this research is the analysis of the management dimension of the professional identity of the nurses from their point of view, looking for the redimensioning and construction of new references for such dimension. This research took place in a cost-free public hospital in the south of Brazil. The theoretical basis of this research were built on the ground of personal beliefs and values, some “conceptual approaches” by Beatriz Capella, some references and assumptions of the Experience Learning System, and contributions of some authors about aspects related to the managing dimension. The link with the persons involved was achieved on a qualitative approach by means of semi-structured interviews (with eight middle level and four supervising professionals of the service) and experience meetings (with eleven the assistant nurses) following a reflexive and joint process supported by living experiences for a real collective job on the management dimension. The methodological dynamics used to organize the experience meetings were structured on the assumptions of the Experience Learning System, that uses the reference of the “group relationship dynamics”, taking into account the evolution of each meeting in four phases: inclusion, control, adjustment and evaluation. The result analysis was developed on the basis of the Content Analysis according to Bardin (1977). When considering the professional identity of the nurse, as well as the process of the nursery job as a multidimensional one I show the analysis categories enhanced by the data, based on the perception of the subjects of the research, as well as on my own conclusions, ie: management dimension, assistant dimension, educational dimension and relationship dimension. Regarding the results of this research, a great emphasis was put by the nurses (nurse and male nurse), on the lack of instrumentalisation and problems when dealing with the managing dimension. As far as this dimension is concerned they pointed out the “personal relationship management” on the team as the most difficult task. After the data and some upraised difficulties that should be worked out, the workers felt the need of establishing a contract of co-responsability in the way of looking collectively for changing projects in the institution. In this way new approaches were considered for the management dimension based on the available data. Co-management, more “freedom” for the workers in their job processes, a better communication scheme involving people’s subjective items, some nurse work readjustments, such as the nursery assistance, the construction of spaces for instrumentalisation for the workers, and general and work education were some of the points listed.

SUMÁRIO

1 UMA PALAVRA INICIAL	11
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 CONTEXTUALIZANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E O GERENCIAMENTO NA ENFERMAGEM.....	16
3.1 A Organização do Trabalho e o Gerenciamento na Enfermagem	16
3.2 O gerenciamento e o Trabalho da Enfermagem no HU	22
3.2.1 Dinâmicas do Corpo Gerencial: um recorte do programa vivendo e trabalhando melhor	25
4 APRESENTANDO O MARCO REFERENCIAL	28
5 O CAMINHO METODOLÓGICO	37
5.1 Contexto do Estudo.....	38
5.2 Os Sujeitos do Estudo.....	38
5.3 Etapas para a Implementação do Estudo.....	39
5.3.1 As entrevistas.....	39
5.3.2 Os encontros vivenciais.....	41
5.4 Apresentando os Encontros Vivenciais.....	44
5.5 Análise e Interpretação dos Dados.....	59
5.6 Dimensão Ética do Estudo	61
6 REFLETINDO E ANALISANDO OS RESULTADOS.....	63
6.1 Dimensão Gerencial – categoria de base e suas articulações.....	64
6.2 Dimensão Assistencial.....	83
6.3 Dimensão Educativa.....	98
6.4 Dimensão Relacional.....	108
7 NOVAS REFERÊNCIAS PARA A DIMENSÃO GERENCIAL.....	119
8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	127
ANEXOS	133

1 UMA PALAVRA INICIAL

Diversas discussões vêm acontecendo, na atual sociedade, acerca do mundo do trabalho, bem como, de sua organização. Muitas tendências dessa “nova visão” estão redesenhando, entre outros aspectos, o modo de gestão, a organização, a dinâmica relacional, no cenário em saúde, em especial, no cenário hospitalar.

A nova referência entre sociedade e organização incita uma transformação dos valores organizacionais. A emergente sociedade pós-moderna, que se movimenta sob a conexão e a reintegração de vida e trabalho, em suas várias dimensões, está afetando o mundo das organizações. Como uma organização, o hospital além de se caracterizar pela prestação de serviços à saúde é, também, uma sociedade humana que desenvolve sua cultura organizacional e, em consonância com o mundo atual, está manifestando a necessidade de sintonizar-se com os novos valores (MENDES et al, 2000).

Diante dessas propostas e possibilidades que se apresentam, é que traço como objetivo maior deste estudo “refletir acerca da dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira (o) percebida pelos trabalhadores de enfermagem, de uma instituição hospitalar pública, buscando o redimensionamento e apontando novas referências para esta dimensão. Esta proposta surge da preocupação que tenho desde que iniciei meu trabalho como enfermeira na instituição e, principalmente, quando assumi, em 1996, a Coordenadoria de Enfermagem Cirúrgica, sem ainda ter uma experiência concreta em funções gerenciais. Isto porque, durante aproximadamente três anos desenvolvi atribuições específicas de enfermeira assistencial, onde realizava a coordenação de um turno de trabalho, ao mesmo tempo em que prestava assistência direta ao cliente.

Já na coordenação da assistência, consegui delinear algumas dificuldades que se apresentavam para nós, enfermeiras (os) da clínica, quando tínhamos que lidar com a função gerencial. Autores como Leite; Ferreira (1998) e Lunardi Filho (1996), afirmam que o despreparo para a função gerencial vem desde a formação acadêmica, cujo enfoque é centrado basicamente na questão assistencial. Neste sentido, percebi que se faz presente na enfermagem uma dicotomia, no que concebe as atividades assistenciais, atividades administrativas e atividades educativas, embutida no discurso, principalmente das (os) enfermeiras(os) assistenciais. Isto tem descaracterizado, de certa forma, o processo de assistência, no qual estão incluídas intrinsecamente as atividades administrativas, pois a (o)

enfermeira (o) assistencial é responsável pela coordenação de seu turno de trabalho, embora na prática nem sempre se convença disto.

Ao mesmo tempo que me sentia “nova” para a função gerencial, tinha também uma vontade para ousar, no sentido de buscar relações mais democráticas, onde toda a categoria, de certa forma, pudesse participar das tomadas de decisão. A construção de um processo participativo de gerenciamento na enfermagem constitui-se, no entanto, uma tarefa bastante complexa, especialmente no que diz respeito à mobilização dos trabalhadores de nível médio. Acredito que para construir efetivamente este processo, é preciso entender também como estes percebem a função gerencial da(o) enfermeira(o). As noções que construímos de gerenciamento no curso de graduação estão, em certa medida, relacionadas a aspectos de administração de recursos humanos e materiais, sendo, no entanto, mínimo o enfoque dado às relações interpessoais, resolução de conflitos, que no cotidiano do gerenciamento aparecem como aspectos que exigem maior intervenção da (o) enfermeira (o).

Vindo ao encontro de meus anseios, a enfermagem, na instituição, vem tendo desde 1996, a oportunidade de um programa denominado: Programa Vivendo e Trabalhando Melhor¹ (VTM). Este programa abrangeu toda a categoria de enfermagem em momentos distintos, e fundamenta-se na busca da otimização das relações interpessoais, no reconhecimento das identidades pessoais, profissionais e institucionais, bem como, na valorização do sujeito trabalhador.

Através de duas das etapas deste programa, denominadas “Dinâmicas do Corpo Gerencial” (diagnóstico) e o “Treinamento do Papel Gerencial”, é que percebi que minhas inquietações não faziam parte apenas de meu mundo, mas eram compartilhadas com outras enfermeiras (os) ocupantes de cargos de chefia, que já tinham anos de experiência.

Após traçado o diagnóstico do Corpo Gerencial, os facilitadores perceberam que as dificuldades identificadas pelas chefias, em relação à função gerencial, não se referiam aos aspectos técnicos da assistência de enfermagem, mas sim, à difícil administração interna das relações interpessoais.

A etapa “Treinamento do Papel Gerencial” teve como objetivo propiciar uma reflexão e um aprofundamento processual, evolutivo e sistemático dessas dificuldades, numa perspectiva de rever e de “construir” coletivamente novas referências para o desempenho da função gerencial. Este treinamento ocorreu no período de um ano, onde todas as chefias da

¹ Este programa é coordenado por consultores / facilitadores do Centro de Aprendizagem Vivencial, que tem sua sede situada em Brasília

Diretoria de Enfermagem (D.E.) da instituição participaram, na tentativa de “construir a identidade gerencial” sob a ótica das mesmas.

Leite; Ferreira (1998) constata que na ausência de outros modelos mais sólidos e melhor fundamentados, as chefias recorrem, freqüentemente, às referências domésticas e familiares para administração dos conflitos cotidianos, que tendem a surgir nas equipes, e isso acaba resultando em “personalização das funções” e “desprofissionalização do papel”.

Foi percebido que um importante espaço da atribuição das chefias, qual seja, o de lidar com a complexa realidade das relações interpessoais, fica a descoberto na formação acadêmica, que tem seu enfoque centrado principalmente na assistência, no atendimento direto ao cliente, conforme já apontado anteriormente.

Dessa forma, além de crenças e valores pessoais, utilizei como base para este estudo, concepções teóricas e metodológicas do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV)² utilizados no VTM, alguns conceitos e pressupostos de Capella (1998) com sua abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem, dentre outros. Procurei dirigir, com este referencial, maior atenção aos conceitos que enfocam o sujeito trabalhador, suas relações interpessoais e a organização de seu trabalho.

As mudanças que vem acontecendo no mundo do trabalho, em relação à participação e a conscientização dos trabalhadores, são reforçadas por alguns autores como Farren, Kaye, (apud GALVÃO, 1998, p.303), quando afirmam que

as estruturas organizacionais tradicionais, caracterizadas por formas autoritárias nas quais os trabalhadores eram dirigidos ou instruídos sobre o que, como e quando fazer, estão dando passagem a formas democráticas de organizações, caracterizadas por um estilo participativo e cooperativo, onde os trabalhadores estão exigindo voz nas decisões e nos processos decisórios que os afetam.

Assim, a partir dos trabalhos desenvolvidos no VTM e considerando as mudanças no mundo do trabalho é que decorre minha questão norteadora: **Como é percebida a dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) pela equipe de enfermagem?**

Entender como a equipe de enfermagem percebe a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o), através de um estudo reflexivo e participativo, constituiu-se numa contribuição importante para a profissão. À medida em que esta dimensão estiver mais claramente definida para os trabalhadores de enfermagem, as relações interpessoais na equipe provavelmente serão mais adequadas, tornando o trabalhador mais comprometido e satisfeito,

² “O Sistema de Aprendizagem Vivencial é uma práxis que objetiva facilitar a vivência e realização dos potenciais humanos, em ressonância com os princípios ecológicos da vida, a partir da integração das várias dimensões da pessoa e restabelecimento da dinâmica de interação do indivíduo com os seus semelhantes e com o mundo” (Leite, 2000).

contribuindo para prestação de um cuidado melhor ao cliente que busca nossos serviços, resgatando assim, valores que possibilitem construir uma sociedade mais solidária.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Refletir acerca da dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o), percebida pelos (as) trabalhadores (as) de enfermagem da Diretoria de Enfermagem do HU, buscando o redimensionamento e a construção de novas referências para esta dimensão.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender a partir de um processo reflexivo e participativo, a percepção dos (as) trabalhadores (as) de enfermagem da DE/HU, acerca da dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o).

- Buscar o redimensionamento das referências colocadas pelos (as) trabalhadores (as) de enfermagem, bem como, apontar novas referências para a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o).

3 CONTEXTUALIZANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E O GERENCIAMENTO NA ENFERMAGEM

3.1 A Organização do Trabalho e o Gerenciamento na Enfermagem:

Embora a enfermagem, enquanto serviço organizado, tenha nascido nos primórdios do cristianismo, a história da enfermagem profissional teve início na segunda metade do século XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale (SILVA, 1986).

A partir da participação de Florence na guerra da Criméia, em 1860, foi instituído o ensino formal de enfermagem, surgindo a enfermagem como profissão. A escola de Florence serviu como modelo para outras escolas de enfermagem na Inglaterra, e em todo o mundo, influenciando, também, as escolas brasileiras de enfermagem.

As escolas nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: “as ladies” que procediam de classe social mais elevada e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as “nurses”, que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das “ladies”, desenvolviam o trabalho manual de enfermagem (GEOVANINI, 1995).

Segundo Almeida (1989), Florence legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho da enfermagem, trazidas da sua classe social, do seu aprendizado e vivência em organizações religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na Enfermagem as relações de classe social.

O treinamento dos agentes de enfermagem, introduzido por Florence, referia-se às técnicas disciplinares de enfermagem, a fim de delimitar o espaço social que cada trabalhador de enfermagem deve ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar. O treinamento era por nível de complexidade e de acordo com às classes sociais, sendo que os cuidados aos pacientes eram dados às classes mais pobres e o treinamento gerencial para a mais alta, buscando legitimar a hierarquia de poder que já existia entre o pessoal de enfermagem, bem como, disciplinar as relações de poder no ambiente hospitalar (ALMEIDA, 1989).

No início do século XX, com a industrialização surgiram as formas científicas de organização do trabalho. A organização do trabalho como instituição, profissionalizou-se em torno das gerências, o que Chanlat (2000, p.19) denomina de método ou modo de gestão, sendo compreendido como o “estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas

de avaliação e controle dos resultados, as políticas de gestão do pessoal, e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram”.

Para haver uma melhor compreensão em relação a evolução do gerenciamento, não posso deixar de falar nas Teorias da Administração. Dessa forma apresento uma breve revisão em relação a estas.

A Teoria Científica da Administração, proposta por Taylor, preconizava a divisão do trabalho, a especialização dos trabalhadores e a padronização das tarefas, visando o aumento da produção. Baseava-se na premissa de que gerentes são pessoas capazes de pensar e planejar, enquanto o operário era visto como uma pessoa que necessitava de supervisão e constante direção. De acordo com este modo de gestão, “a empresa é considerada como uma máquina e os homens e mulheres como engrenagens dessa máquina de produção”(CHANLAT, 2000, p.120).

Este modelo de organização foi aplicado por Ford em suas empresas, passando, então, a ser denominado modelo taylorista-fordista. Com Ford, a organização do trabalho e o estilo de gestão são marcados pela racionalização, mecanização e produção em massa.

Pires (1998) afirma que com a mecanização e automação, o trabalho humano não mais precisava ser controlado pelo gerente, pois passou a ser controlado pela máquina, determinando tempos e movimentos. Este fator difere do modelo de Taylor, em que o ritmo estava baseado no rendimento individual.

Segundo Cohn e Marsiglia (apud GELBCKE, 2001, p.16), o taylorismo e o fordismo possibilitaram a consolidação da automação, “transformando o trabalhador em objeto e não sujeito da produção. E viabilizam, igualmente, a intensificação do trabalho e a redução das opções dos trabalhadores sobre como realizar suas tarefas”. Torna-se importante destacar que estas formas de organização impõem uma disciplina e controles rígidos, eliminando o trabalhador dos processos de decisão.

Na administração do pessoal de enfermagem, encontra-se, freqüentemente, proposta típica dessa fase da administração. Assim, Kurcgant (1991, p.6) afirma que

a preocupação com o como fazer tem sido a preocupação constante da enfermagem enquanto prática profissional. A divisão do trabalho aliada à padronização de tarefas tem norteador essa prática. A elaboração ou simples adoção de manuais de técnicas e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos(as) enfermeiros(as) que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem. As escalas diárias de divisão de atividades estabelecem um método de trabalho funcionalista que é típico da fase mecanicista da administração. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades, e para cada elemento executor é determinada uma ou mais tarefas.

A Teoria Clássica da Administração foi criada por Fayol, contemporâneo de Taylor e Ford, tendo sua base alicerçada na estrutura administrativa da empresa, com valorização da autoridade, disciplina, unidade de comando e de direção. A organização é estruturada com uma hierarquia rígida, estática e limitada, sendo estabelecidas normas e regras rígidas a serem seguidas pelos administradores e trabalhadores (GELBCKE, 2001). Nesta, a preocupação não era com a divisão do trabalho ao nível individual, mas sim, com a divisão ao nível dos órgãos integrantes da organização. A divisão vertical do trabalho estabelecia a hierarquia da autoridade, determinando a chamada autoridade de linha, que se concretizava pela subordinação integral de um indivíduo ao seu chefe imediato. (KURCGANT, 1991)

A autora coloca que nas instituições de saúde e nos serviços de enfermagem, a estruturação rigidamente hierarquizada estabelece a subordinação integral de um indivíduo a outro, e de um serviço a outro. Assim, os organogramas comumente encontrados nos serviços de enfermagem mostram linhas de subordinação integral, definidas e compatíveis com o poder atribuído pela organização às pessoas que integram esses serviços. As pessoas e as relações interpessoais não são devidamente consideradas, e as propostas de trabalho resultam em atividades rotineiras, com avaliações exclusivamente quantitativas.

O modelo de administração da enfermagem pauta-se, basicamente, em Taylor, Ford e Fayol. O modo como o trabalho foi estabelecido resulta da divisão técnica do trabalho: as (os) enfermeiras (os) administrando e as (os) auxiliares executando. Já na origem da enfermagem profissional essa divisão estava presente, mas no início do século XX ela se acentua e assenta-se nos princípios da racionalidade científica do trabalho, para dar conta da crescente hospitalização, racionalidade do serviço, ou seja, menos gastos e mais eficiência. Percebe-se na enfermagem tradicional e na moderna, princípios de organização e disciplina, fundamentados também em Fayol (ALMEIDA, 1989).

A Teoria Burocrática de Weber surge como aliada aos modelos de Taylor e Fayol. Enfatiza a racionalidade, adequando os meios aos resultados esperados. A impessoalidade nas relações é marca desta teoria, com destaque para regras, normas e regulamentos.

Chanlat (2000, p.120) afirma que neste modo de gestão, “o ser humano está, antes de tudo, submetido ao império das normas e aos limites que a mesma fixa para as suas atividades. Esse respeito à regra é uma das características de uma organização burocrática”.

As críticas a essa teoria são denominadas de disfunções: o exagerado apego às regras, normas e regulamentos, transformando-os de “meios” em “fins”; valorização maior para as regras do que para o contingente humano; impessoalidade no relacionamento humano; e necessidade de exibir símbolos que evidenciam o poder dos participantes. (KURCGANT, 1991, p.9)

Nas instituições de saúde e também nos serviços de enfermagem frequentemente encontramos formas organizacionais burocráticas. Nesse sentido, Kurcgant (1991) ressalta que a valorização das normas e regras, parece ser, o enfoque da Teoria da Burocracia que mais tem influenciado a prática da enfermagem, influência essa que, na verdade, constitui um dos fatores que têm contribuído para uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas, com poucas perspectivas de mudança.

Outras “escolas” também têm sido adotadas na organização do trabalho, as quais surgiram principalmente após a década de 60, quando o taylorismo-fordismo apresenta sinais de esgotamento e aparece a preocupação em resgatar o lado humano do trabalhador, ocorrendo inicialmente a partir da Escola das Relações Humanas. Esta escola defende a necessidade psicológica do trabalhador em sentir-se como membro de um grupo social. Este novo discurso traz embutido uma nova forma de controle do indivíduo, visando o aumento da produção, através de uma supervisão mais humana (GELBCKE, 2001).

Como crítica à Teoria das Relações Humanas, Lodi (apud KURCGANT, 1991) considera que os abusos fizeram com que ela se transformasse numa forma paternalista de administração, onde, na busca de harmonia, os conflitos eram abafados e os confrontos entre o empregado e a administração, ignorados.

Esta teoria, de acordo com Kurcgant (1991), possibilitou o surgimento da liderança como estratégia de condução de grupos na enfermagem, e até os dias de hoje é assunto tratado nos cursos de graduação em enfermagem ou em programas de atualização para enfermeiras(os). A comunicação adequada entre a(o) enfermeira(o) e os demais membros da equipe de enfermagem, ou do grupo multiprofissional, foi sendo considerada fator relevante para a continuidade e a otimização da assistência de enfermagem.

As teorias modernas de administração englobam a teoria estruturalista, a teoria comportamental e a abordagem sócio-técnica, as quais salientam a importância de se entender o trabalhador como indivíduo, com necessidades básicas e psicossociais. Propõem o envolvimento, a participação do trabalhador na organização da produção e a abertura de canais de comunicação e participação, que podem caracterizar mudanças na forma de organização do trabalho (COHN; MARSAGLIA, apud GELBCKE, 2001).

A partir dos anos 80, foram difundidas novas formas administrativas, entre elas a Qualidade Total (ou método de gestão por excelência), que tem suas bases no toyotismo, com vistas a produzir cada vez mais e melhor. Gelbcke (2001) afirma que neste modo de gestão, o indivíduo mobiliza-se totalmente em favor da organização, buscando a superação de si,

estando sempre pronto para os desafios, o que leva a um comprometimento total do trabalhador com a instituição.

Chanlat (2000, p.121) coloca o surgimento de mais um modo de gestão, o participativo, e ressalta que “contrariamente ao método de gestão por excelência, que não é com frequência mais que um discurso, o modo de gestão participativo parte do princípio de que o ser humano é uma pessoa responsável à qual se deve conceder toda a autonomia necessária para a realização da tarefa”. Pode-se perceber, então, que este é o modo de gestão que permite um processo reflexivo e participativo, possibilitando ao trabalhador exercer sua capacidade plena.

Gelbcke (2001) destaca que estas Teorias de Administração (relações humanas, estruturalista, comportamental, sócio-técnica, de excelência e participativa), mesmo com discurso de valorização do ser humano, não permitem visualizar a integralidade deste, pois esta valorização é um meio de manter a produtividade. Observa que as formas atuais de organização mantêm, como finalidade, o favorecimento ao aumento da produtividade, colocando em segundo plano o trabalhador.

Nessa mesma perspectiva, Faria (1985) afirma que a Teoria Administrativa explicita e faz crer que sua preocupação é com o ser humano, que sua ação está relacionada ao desenvolvimento e ao bem-estar do homem. O discurso da Teoria Administrativa está intimamente relacionado a determinadas fases do desenvolvimento capitalista, ou seja, é produto de episódios históricos. Para esta não interessa o homem integral, sua preocupação central é com a força de trabalho e, portanto, com os instrumentos para torná-la, em função das necessidades do capital, mais eficiente, produtiva, satisfeita, cooperativa, harmônica, dócil e leal. Assim é que se pode afirmar que administração é um conjunto de técnicas multidisciplinares de gestão, desenvolvidas e aperfeiçoadas para capacitar um número reduzido de especialistas da cúpula das organizações, no sentido de que estas possam manter e/ou incrementar os mecanismos de direção e controle sobre os trabalhadores, de modo a permitir que o resultado das tarefas organizadas seja obtido, à custa de motivação de comportamento, com maior eficiência e eficácia, segundo padrões definidos pela estrutura burocrática da organização.

De acordo com Gelbcke (2001) a forma de gestão que alia produtividade e integralidade do trabalhador, parece ser o modo de gestão participativo, desde que vise a participação efetiva do trabalhador e não sirva de discurso, no sentido de estimular o trabalhador a vestir a camisa da instituição, mas que seja um processo de construção coletivo.

Após esta breve revisão das teorias da administração, podemos perceber que os serviços de saúde, como também os serviços de enfermagem vem ao longo dos anos adotando basicamente os mesmos princípios de organização, baseados principalmente em Taylor, Ford e Fayol, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho nas diversas categorias envolvidas no trabalho em saúde, além da divisão entre quem “pensa” e entre quem “executa”.

Ferraz (1990) coloca que a organização e a gerência dos serviços de saúde nos últimos anos e ainda nos dias de hoje, têm se mostrado atrelada às forças sociais hegemônicas, valorizando principalmente os aspectos administrativos, subordinando os objetivos sociais das políticas de saúde a parâmetros quantitativos de produção ou de rendimentos econômicos, através de avaliações da produtividade ou de relações mecânicas de custo benefício.

Assim, também a enfermagem nos últimos anos, esteve direcionada para uma forma de administrar fundamentada nas teorias científicas e clássicas da administração, direcionando-se para a produtividade do trabalho, métodos de avaliação para custo / benefício, parâmetros quanti-qualitativos para a assistência, adequando-se, de certa forma, aos interesses e finalidades institucionais (FERRAZ, 1990).

A autora coloca que este estilo de administração dos serviços de saúde decorre de sua própria lógica, preponderantemente centrada na assistência médica individual e curativa, desenvolvendo-se alicerçado nos padrões de regulação das leis de mercado.

Quando nos reportamos historicamente à prática da enfermagem brasileira, desde a década de 40, quando ocorre um aumento de trabalho nas instituições hospitalares, até nossos dias, defrontamos com o enfermeiro desempenhando, predominantemente a função de gerente do serviço de enfermagem, principalmente em nível hospitalar (BOCCHI; FÁVERO, 1996). Corroborando com este pensamento, Trevizan (1988) afirma que a função administrativa é um dos elementos de definição do perfil da enfermeira moderna.

O gerenciamento na enfermagem, ainda hoje, tem se baseado, na maioria dos serviços, nos princípios científicos da administração. Algumas instituições estão tentando buscar novas formas de gerenciamento, superar a administração científica, no entanto, constitui-se uma tarefa bastante difícil, principalmente em função da organização histórica dos serviços de enfermagem.

Nas atuais estruturas institucionais dos serviços de enfermagem existe toda uma hierarquia gerencial, compreendendo chefia de seção, de serviço, diretoria e outros, dependendo do organograma de cada instituição.

Os conceitos de gerência e gerenciamento, encontrados na literatura, são colocados de maneira mais abrangente, não se direcionando, especificamente, para a enfermagem. Na literatura brasileira relacionada à Enfermagem, ocorre uma escassez de estudos que abordam esta temática. O que se encontra está direcionado, especificamente, para o gerenciamento de turno de trabalho. Como cita Galvão (1998,p.302), “ao enfermeiro compete o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente, sendo sua ação direcionada para o desenvolvimento de atividades administrativas e assistenciais com vistas ao aprimoramento da prática profissional”.

Neste sentido, tende-se a buscar referências para o gerenciamento de enfermagem, junto à disciplina de administração. Como exemplo, pode-se citar Chiavenato (1987), quando coloca que o termo “gerência” tem sido aplicado, geralmente, como um sinônimo de administração, ou de quem faz administração, seja nas empresas, seja nas demais organizações. Emprega o termo gerência para denotar a função de direção exercida no nível intermediário das empresas e para diferenciá-la da direção ao nível institucional e da supervisão ao nível operacional. Assim, o gerente é o executivo que trabalha no nível intermediário das empresas, subordinando-se a outros executivos do nível institucional e dirigindo outros executivos no nível operacional.”

Outros autores como Motta, Bergamini e Bennis (apud GALVÃO, 1998), colocam que o gerente tem de ser um líder, que deverá descobrir seu próprio caminho, sua própria maneira de enfrentar a realidade, para assim ser capaz de conhecer os objetivos e as expectativas de seus seguidores.

Desta forma, torna-se necessário rediscutir a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o), desvinculada da visão autoritária, da legitimação hierárquica na equipe de enfermagem, de que tem se revestido. Foi preciso perceber, sob a ótica dos demais membros da equipe, quais as dificuldades identificadas e que interferem no desempenho da atividade gerencial da (o) enfermeira (o). Assim, pôde-se apontar possibilidades para construir novas referências para a dimensão gerencial, que indo ao encontro do que acredito, devem ser pensadas coletivamente.

3.2 O Gerenciamento e Trabalho da Enfermagem na Instituição

O H.U é uma instituição pública e gratuita, composta por aproximadamente 250 leitos e 1.240 funcionários das diversas áreas. Por ser um hospital escola possui atividade de ensino,

pesquisa, assistência e extensão. A hierarquia gerencial é composta por diretor geral e as diretorias, que são: enfermagem, de medicina, apoio assistencial e administrativo.

A Diretoria de Enfermagem (DE) está subordinada hierarquicamente à Direção Geral do hospital, assim como as demais diretorias. O corpo Gerencial da Diretoria de Enfermagem está estruturado da seguinte forma: uma diretora de enfermagem e mais 21 enfermeiras chefes, que através de processo eleitoral³, são escolhidas para assumir o gerenciamento de cerca de 550 trabalhadores de enfermagem, dentre os quais, 121 enfermeiros e, aproximadamente, 429 técnicos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

Além da diretora de enfermagem e chefias (4 chefias de divisão, 16 chefias de serviço e um núcleo), constam da organização estrutural da enfermagem três assessorias que são: o Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), a Comissão de Ética da Enfermagem (CEEn) e a Comissão Permanente de Materiais de Assistência. (organograma-Anexo-01)

Em relação ao CEPEn, destaca-se sua criação em 1988, nesta época denominada Comissão de Educação em Serviço, tendo como objetivos: incentivar o desenvolvimento individual e profissional dos recursos humanos da DE; preparar as várias categorias profissionais de enfermagem nos aspectos técnicos, científicos e humanísticos, para o desempenho de suas atribuições, através dos programas de orientação, treinamento e atualização; orientar e colaborar no desenvolvimento de estágios de profissionais de enfermagem, entre outros. O CEPEn é composto, atualmente, por duas enfermeiras com disponibilidade integral, sendo uma para assumir a coordenação. Os demais membros permanentes, com disponibilidade de carga horária parcial e diferenciadas, são as chefias de divisão, a diretora de enfermagem, a coordenadora da Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA), três professores que representam o Departamento de Enfermagem e um (a) técnico (a) de Enfermagem.

A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn), foi criada, em 1997, em assembléia geral, atendendo uma determinação do sistema COFEn/COREn-SC (resolução- 172/94). A CEEn é um órgão representativo do COREn-SC nas questões éticas dos profissionais de enfermagem, suas finalidades são: educativas, opinativas, consultivas, fiscalizadoras e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Esta comissão é composta por 02 enfermeiros (as), 02 técnicos (as)

³ O processo eleitoral constitui-se de eleição direta, mediante voto pessoal, secreto, facultativo e paritário. Para Diretora de Enfermagem votam: enfermeiros docentes do departamento de enfermagem e de Saúde Pública (40%), estudantes do curso de graduação em enfermagem da 5ª, 6ª, 7ª e 8ª fases (5%) e pessoal da enfermagem lotado na DE (55%).

e 02 auxiliares de enfermagem, como membros efetivos, com respectivos suplentes e disponibilidade de quatro horas semanais, ou seja, parcial, sendo o mandato dos integrantes da CEEEn - HU de, no máximo, dois anos, podendo ser reconduzidos por igual período.

Há, ainda, a Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA), que foi criada em maio de 2000 e tem por finalidade coordenar o processo de planejamento, organização e controle de material de assistência, de acordo com as necessidades do serviço, sendo constituída por um enfermeiro coordenador com disponibilidade integral, um docente do Departamento de Enfermagem, um representante de cada divisão de enfermagem, estes com disponibilidade parcial, e uma secretária.

As chefias de divisão, num sentido mais geral, são responsáveis pelo planejamento, organização, coordenação da assistência de enfermagem, ensino, pesquisa e extensão dos serviços ligados as mesmas. Participam ativamente, como membro efetivo, das atividades relacionadas ao CEPEn. As chefias de serviço são responsáveis, também, pelo planejamento, organização e coordenação da assistência de enfermagem, porém num universo mais restrito, a unidade de internação.

Durante a gestão 96-2000, o gerenciamento do trabalho da enfermagem estava centrado na valorização do sujeito trabalhador e da assistência. A preocupação fundamental centrava-se na manutenção e consolidação da qualidade de assistência. O desafio era mostrar que é possível viver e trabalhar melhor, apesar das grandes dificuldades estruturais e pessoais. Neste sentido, o compromisso assumido inicialmente foi o de investir no sujeito trabalhador, contínua e gradualmente, acreditando que esta estratégia poderia contribuir para manter a qualidade assistencial desejada. Posteriormente, pensou-se em reestruturar a organização hierárquica da DE. Após uma longa caminhada de reflexões e discussões, surge a proposta de um novo organograma, aprovado por todos os trabalhadores de enfermagem em assembléia, que entrou em vigor em maio de 2000.

Além de dar continuidade a alguns programas da gestão anterior, a Diretoria de Enfermagem, na gestão 2000-2004 se propõe a rever, reelaborar e redimensionar aspectos da filosofia, método da assistência, padrões da assistência, normas e rotinas, entre outros, ou seja, num sentido mais amplo, a política assistencial, política de recursos humanos, política de materiais e política estrutural diretiva. Para isso, constituiu grupos de trabalho, que inicialmente estão compostos pelas chefias de divisão e serviço. Posteriormente, as discussões serão ampliados para os demais membros da equipe de enfermagem.

Em relação aos programas voltados para a saúde do sujeito trabalhador, diante das dificuldades apresentadas e preocupada com as condições da assistência prestada ao cliente, a

DE, já na gestão 96-2000 buscou alternativas de mobilização e motivação dos trabalhadores de Enfermagem, que se consolidou através de alguns programas, como:

a) Cuidando de Quem Cuida- um programa de atendimento aos funcionários de enfermagem da instituição, através de terapias alternativas (reiki, florais, cromoterapia, tui-ná e outros). Atualmente conta com o trabalho voluntário de alguns terapeutas corporais e mais os alunos do curso de especialização em Naturologia Aplicada da UNISUL.

b) O Projeto de Parceria com o Departamento de Enfermagem – tem como objetivo resgatar o papel de inserção do Departamento de Enfermagem junto a DE/HU, bem como a articulação teórico-prática. Este projeto engloba vários grupos de estudo: de supervisão, avaliação, informatização da assistência, além dos projetos de extensão e pesquisa.

c) O Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM) - traz uma proposta de reflexão e atualização das identidades pessoal, profissional e institucional, tendo por objetivo agregar novos valores profissionais, buscando o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação, como também uma maior transparência nas comunicações formais e informais entre os trabalhadores da enfermagem. O VTM foi implantado na instituição em julho de 96, pela DE. Inicialmente foi direcionado às (os) enfermeiras (os) à ela vinculados, na perspectiva de mobilizar e elaborar um diagnóstico da situação destes na instituição. A seguir, foi estendido aos gerentes e, também, aos demais integrantes da equipe de enfermagem, sendo que a abordagem foi diferenciada em cada um dos grupos envolvidos. No entanto, em todos os grupos a questão do relacionamento interpessoal na equipe de enfermagem foi apontada como um dos fatores mais importantes da organização do trabalho.

3.2.1 Dinâmicas do corpo gerencial: um recorte do programa Vivendo e Trabalhando Melhor:

O grupo de chefias trabalhou durante dois anos (de 1997 á 1999) algumas questões relacionadas à comunicação, ao relacionamento interpessoal nas equipes, às questões assistenciais, entre outras, buscando construir novas referências para a identidade profissional das chefias. Este trabalho, desenvolvido junto ao corpo gerencial, ocorreu em duas etapas: a primeira caracterizada como “Diagnóstico e Mobilização”, que “constatou a necessidade de que esses profissionais percebam e assumam de modo mais complexo o significado da função de cuidar, valorizando sua relação com a equipe enquanto uma tarefa de cuidar de quem cuida

e de cuidar do cuidado prestado ao paciente”(Leite, Ferreira, 1998). Isso impôs um esforço de construção de uma nova identidade profissional para os (as) enfermeiros (as) que assumem a função de chefia; a segunda etapa, denominada “Atualização e Treinamento de Papel”, esteve centrada numa proposta de intervenção organizacional, atuando principalmente sobre as dinâmicas disfuncionais observadas na investigação da primeira etapa, tendo em vista a percepção das chefias e as dificuldades vividas por estas, diariamente.

Durante a etapa “Dinâmicas do Corpo Gerencial” (diagnóstico e mobilização) foram levantadas, pelos gerentes, algumas dificuldades que interferem no cotidiano do gerenciamento da enfermagem na instituição, a saber:

- **a idealidade do cuidado** (a (o) enfermeira (o) gerente cuida de quem? do quê?) - a formação da (o) enfermeira (o) está voltada basicamente para a assistência direta ao cliente. Assim, quando a (o) enfermeira (o) chefe tem que se distanciar desse cuidado direto, para assumir suas funções, sente-se culpada (o) e tende a negar o papel de gerente.
- **preconceitos no exercício da autoridade** (autoridade X autoritarismo) - percebeu-se que a maioria das chefias utiliza táticas de negociação como único instrumento de exercício da autoridade, apresentando dificuldade em perceber a autoridade, inerente à função gerencial. A autoridade, entendida aqui como uma postura, uma competência, inerente ao cargo de gerente, é negada, de certa forma, por toda equipe, pois muitas vezes é confundida com autoritarismo, que vem sendo relegado ao longo da história.
- **dificuldade em exercer o poder formal** – foi percebido que as relações internas na Enfermagem da DE da instituição, são marcadas por uma dose de informalidade, assumindo um caráter predominantemente pessoal e personalizado, numa espécie de “desprofissionalização” das funções e dos poderes estabelecidos. Dessa forma, nega-se o poder inerente ao cargo.
- **falta de referências e instrumentalização para compreender e lidar com as relações interpessoais e com os conflitos** – as chefias tendem a recorrer à dinâmicas domésticas e familiares para lidar com as relações interpessoais na equipe, tratando os conflitos institucionais sempre a partir de negociações no campo pessoal, o que leva à uma desformalização da função gerencial.
- **negação e camuflagem de conflitos** - as chefias se envolvem num exaustivo esforço de administração particularizada das necessidades individuais dos integrantes da equipe, numa postura paternalista (um dos estilos de liderança apontado por Moscovici, 1998), ou então, numa postura de omissão e de “amaciamento” de conflitos, deixando a equipe entregue ao seu próprio jogo.

- **determinações de gênero** – na enfermagem, por ser uma profissão eminentemente feminina, ocorre uma predominância de atitudes femininas de atuação, e estas são carregadas de valores que vão ao encontro do “estereótipo da mulher”, que segundo Moscovici (1995), são valores como a intuição, emotividade, empatia, espontaneidade e cooperação.

Mesmo após essa mobilização, nota-se que ainda existem problemas e conflitos nas relações interpessoais. Nas falas dos integrantes da equipe de enfermagem percebe-se, ainda, um certo grau de insatisfação em relação a dimensão gerencial da (o) enfermeira(o). Dessa forma, para alcançar uma visão mais abrangente e coletiva da dimensão gerencial exercida pela(o) enfermeira(o) e, a partir do que já se tem construído com as chefias, é necessário entender como a equipe de enfermagem percebe esta identidade.

Portanto, este estudo, voltado à esta questão, permitirá refletir, redimensionar e construir com a equipe de enfermagem, novas referências para a dimensão gerencial. Especialmente com as (os) enfermeiras (os) que estão na assistência e, muitas vezes, descaracterizam sua dimensão gerencial junto à equipe, e também a partir do que pensam e sentem os demais integrantes da equipe de enfermagem.

4 APRESENTANDO O MARCO REFERENCIAL:

Para a construção deste marco referencial utilizei, além de crenças e valores pessoais construídos e acumulados ao longo de minha vida pessoal e profissional, alguns conceitos de Capella (1998), referências do SAV, bem como contribuições de outros autores acerca de aspectos relacionados à dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o).

Capella (1998) coloca que os pressupostos construídos ao longo de seu trabalho abrangem dois aspectos fundamentais: **a valorização do sujeito e a valorização do trabalho**. No primeiro aspecto, destaca a questão da perspectiva de um ser humano inteiro, global naquilo que ele tem de sua socialidade e naquilo que ele tem de sua subjetividade, incluindo tanto o sujeito hospitalizado quanto o sujeito trabalhador. O segundo aspecto, abrange a competência profissional, através da ampliação da base de conhecimento, para fugir, em parte, do exclusivamente biológico, para verdadeiramente se entrar na discussão ética e filosófica do que seja uma assistência integral.

Com base no referencial teórico, principalmente nos pressupostos elaborados por Capella (1998) e os adotados pelo Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), apresento os pressupostos deste estudo:

- ✓ O ser humano possui vastos recursos internos e potenciais irrealizados de crescimento, havendo então uma preocupação dominante com o desenvolvimento desse potencial humano e com a conceptualização da personalidade saudável (LEITE; FERREIRA, 2000);
- ✓ As relações humanas, pessoais ou profissionais, para que ganhem efetividade num processo de mudança, devem ser objeto de reflexão e de uma aprendizagem integrada, onde a interação se dá na totalidade do ser humano, em todos os seus aspectos - cognitivos, emocionais e motores, envolvendo também suas múltiplas dimensões: pessoais, profissionais e institucionais (LEITE; FERREIRA, 2000);
- ✓ As relações de trabalho são estabelecidas a partir das condições materiais e humanas, bem como das atribuições e delimitações próprias a cada profissão, de modo que cada uma tenta estabelecer um campo específico de ações. Como no processo de trabalho em saúde os limites são, de certa forma imprecisos e muitas vezes se superpõem, acontece o conflito, importante num processo de reflexão conjunta (CAPELLA, 1998);
- ✓ O trabalho da assistência de Enfermagem é duplamente perpassado e condicionado pela qualidade das relações interpessoais mantidas no cotidiano hospitalar: de um lado, na dimensão terapêutica das interações do sujeito trabalhador com o sujeito hospitalizado e, de

outro, nas dinâmicas internas da equipe assistencial, seja nas relações com os médicos ou entre as próprias categorias da Enfermagem (LEITE; FERREIRA, 2000);

✓ Não basta investir apenas nas mudanças estruturais. Na esfera assistencial, no plano assistencial, a assistência de enfermagem pressupõe um envolvimento pessoal. O modo de realizar o trabalho, as relações que aí se estabelecem, aliado à técnica, vão imprimir qualidade ao trabalho (CAPELLA, 1998);

✓ As mudanças são concebidas como um processo de aprendizado, ou melhor, de reaprendizado, onde novas possibilidades de respostas são criadas para as solicitações cotidianas. Não se trata porém de um aprendizado meramente cognitivo e de uma interação apenas racional (LEITE; FERREIRA, 2000);

✓ O processo de trabalho em saúde é coletivo, em que cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos (CAPELLA, 1998);

✓ Um processo de educação continuada, que através de reflexão coletiva, procure vislumbrar a construção de outras possibilidades para o trabalho da enfermagem, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores (CAPELLA, 1998);

✓ O estabelecimento de princípios éticos, na perspectiva de uma assistência digna, igualitária, universalizada, buscando o atendimento integral do indivíduo, é fundamental para a resolução dos conflitos e ambigüidades geradas a partir do processo de trabalho em saúde (CAPELLA, 1998);

✓ A função gerencial envolve as dimensões pessoal, profissional e institucional, tanto na perspectiva externa da instituição e da categoria profissional, quanto interna do sujeito-trabalhador que ocupa o cargo;

✓ O sujeito-trabalhador, ao assumir a função gerencial, passa por um redimensionamento de sua personalidade, de sua identidade profissional, num processo de interação do indivíduo, em sua totalidade, com o grupo que coordena, com a estruturação organizacional do trabalho que realiza e com a instituição em que atua;

✓ O gerente tem de buscar uma adequação e integração entre às exigências profissionais e institucionais da função gerencial e suas características pessoais, sobretudo no que se refere a coordenação, supervisão e administração das relações interpessoais nas equipes de trabalho;

Apresento agora alguns conceitos que dão sustentação a este estudo, com base em alguns autores:

O **SER HUMANO** é um ser natural, que surge em uma natureza dada, submetendo-se às suas leis para sobreviver. É parte dessa natureza, mas não se confunde com ela, pois a usa, transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo, se faz humano e passa a construir a sua história, se fazendo histórico (CAPELLA, 1998).

Durante o estudo essa visão foi considerada, pois todas as (os) participantes, de alguma forma, colocaram parte de sua história pessoal e profissional, seu percurso de vida e trabalho.

Capella (1998) utiliza o conceito de homem, pois se baseia em Marx, mas entendo que como este conceito é bastante abrangente, posso chamá-lo “ser humano”, considerando assim a questão de gênero, que na atualidade não pode ser esquecida.

Neste estudo o “ser humano” centra-se no sujeito trabalhador(a) de enfermagem lotado na Diretoria de Enfermagem, especificamente enfermeiras (os), técnicas(os), auxiliares de enfermagem.

Para Capella (1998) o Sujeito Trabalhador de Enfermagem é aquele ser humano, indivíduo que, em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde.

As condições a que este (a) trabalhador (a) está exposto serão aquelas que derivam de sua característica histórico-social. A luta dos (as) trabalhadores (as), por uma melhor qualidade de vida, inclui a luta no seu espaço de trabalho, pela sua valorização social.

Leite; Ferreira (2000) conceitua o sujeito trabalhador como aquele que busca a superação de dicotomias históricas e teóricas entre vida pessoal e vida profissional, entre a esfera privada e a esfera pública. Longe de se colocarem em oposição, as dimensões pessoal, profissional e institucional assumem aqui sua plena complementaridade, e o crescimento e satisfação passam a ser, ao mesmo tempo, pré-requisitos e conseqüências de toda a otimização que se busca para o trabalho institucional.

O ambiente, neste estudo, foi a **INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**, que é definida por Capella (1998) como um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano - sujeito hospitalizado. Neste sentido, o hospital se tornará um lugar para relações entre sujeitos, cada qual com suas necessidades, interesses e possibilidades, construindo-se uma instituição real, para a internação de enfermos e sua terapêutica.

Os (as) trabalhadores (as) de enfermagem, durante o estudo, deixaram clara a preocupação que têm em relação ao sucateamento do serviço público no país, principalmente em relação ao sistema de saúde, e por trabalharem numa instituição pública e gratuita, onde os recursos se mostram cada vez mais esgotados. Com o agravamento da situação do setor saúde no cenário nacional, os trabalhadores começam a se preocupar em garantir algumas formas de dar continuidade ao trabalho, mesmo sem alguns recursos, que antes existiam. Com isso cobram de outros profissionais da área da saúde um compromisso, que deve ser coletivo, no sentido de garantir uma assistência de qualidade, humanizada e sem riscos.

A instituição hospitalar aqui referida é um **Hospital Universitário** da região sul. O HU é um hospital público gratuito, mantido pelo Governo Federal, cujos objetivos são o ensino, a assistência à saúde (internação/ambulatório/emergência), a pesquisa e a extensão.

Alguns processos de intervenção institucional vêm ocorrendo no HU desde 1996, como o programa Vivendo e Trabalhando Melhor, que busca reintegrar o sujeito e ação, razão e emoção, elementos que só podem ser apreendidos em sua totalidade complexa, na observação e reflexão sobre os “modos de fazer”, que são indissociáveis dos “modos de pensar” e dos “modos de sentir”.

Chanlat (1996) afirma que os vínculos do indivíduo com a organização onde ele trabalha, sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, serão mais fortes se a empresa se interessa efetivamente pela pessoa.

A maioria dos seres humanos passa grande parte de sua vida no trabalho, o que não é diferente no trabalho da Enfermagem, no qual ocorre um processo de interação continua com outros sujeitos. Para Capella (1998), a **ENFERMAGEM** é uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por uma categoria de profissionais com diferentes níveis de formação. Tem como atividade básica, em conjunto com os (as) demais trabalhadores (as) da área da saúde, atender ao ser humano, indivíduo que requer cuidados.

Neste estudo, a Enfermagem centrou-se nos sujeitos trabalhadores (as) de Enfermagem da DE, que participaram das etapas deste estudo e apontaram possibilidades para construir, coletivamente, a dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o).

Na tentativa de avançar um pouco em relação ao que apresento enquanto conceito de enfermagem, acredito ser importante considerar a dimensão da arte. Alguns autores consideram a enfermagem como arte, em que a criatividade, a sensibilidade, a intuição são componentes fortemente presentes. Conforme afirma Caccavo (1997), o fazer na enfermagem implica na tessitura de uma trama, na qual estão presentes: o raciocínio lógico, a intuição, a sensibilidade, a criatividade, a expressividade, além de outras informações que integram a

catarse profissional e assistencial. Por ser a enfermagem uma profissão eminentemente feminina não posso deixar de considerar essas questões, que são atributos muito presentes no gênero feminino, e necessários, a meu ver, para construção de uma enfermagem mais humanizada. Donahue (apud CACCAVO, 1997) fala sobre a dimensão da arte e sua possibilidade transformadora, neste sentido afirma que a enfermagem não é apenas uma técnica, mas um processo que incorpora elementos da alma, da mente e da imaginação; sua verdadeira essência reside na imaginação sensível, e na compreensão inteligente que sustenta os fundamentos para os cuidados efetivos de enfermagem.

TRABALHO para Capella (1998) é ação do ser humano no desenvolvimento de seu percurso histórico, aliando sua materialidade (força física) à sua capacidade de pensar e reagir, em suas relações com outros seres humanos, para atender a sua necessidade natural de sobrevivência, determinando uma outra forma de fenômeno – o trabalho, que consiste num modo diferenciado de intervenção sobre a natureza, pela definição de projetos, sua implementação, realização de produtos, para além de si mesmo e da natureza, isto é, pela recriação da natureza. Hoje o trabalho não se reduz mais à atividade de produção material, mas envolve as dimensões social, cultural, artística e de lazer.

Posso dizer que durante o estudo, permeou essa noção de trabalho que o conceito aborda, e suas várias dimensões. Com as amplas discussões que vem acontecendo no mundo do trabalho, houve um avanço em relação ao entendimento deste conceito e, também, no que se refere ao trabalho na instituição hospitalar. Há alguns anos exigia-se do profissional um distanciamento emocional, sendo as emoções, os problemas sociais, pessoais, entre outros, relegados a segundo plano. Ao entrar no ambiente hospitalar, o profissional tinha que se despir, ou seja, “deixar” do lado de fora seus problemas, sendo apenas permitido aparecer o lado profissional, como se fosse possível separar o que é indissociável na sua totalidade.

Nessa perspectiva, Salum (1999) afirma que através do trabalho o ser humano mostra sua capacidade cognitiva, suas habilidades técnicas e de relação interpessoal. Nele, portanto, tem condições de desenvolver-se tanto pessoal como profissionalmente, a depender das relações e condições de trabalho que lhe são postas.

O trabalho, segundo Martins (1999), é considerado a atividade humana mais importante. Quando o trabalho não gera benefícios ao trabalhador, torna-se uma atividade insatisfatória.

Giddens (apud LEITE, 2000), coloca que uma vida produtiva é aquela bem vivida, mas é também aquela na qual um indivíduo é capaz de se relacionar com os outros como um ser independente, possuindo um senso desenvolvido de auto-estima.

Capella (1998, p.63) coloca que, “o valor real do trabalho está diretamente vinculado à necessidade que se tem do mesmo. No caso da Enfermagem, do mesmo modo que a Medicina e outras profissões da saúde, é inegável que ele é necessário, imprescindível muitas vezes”.

Para obter uma melhor compreensão do trabalho da Enfermagem, é preciso entendê-lo como um **PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM**. Capella (1998) entende o processo de trabalho da enfermagem como complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. É também um processo coletivo, uma vez que a categoria é composta por profissionais com diferentes níveis de formação, no qual a distribuição do trabalho ocorre por partes, entre os diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos. No processo de trabalho devemos considerar:

- a) a finalidade do trabalho: na instituição hospitalar acontece quando um sujeito ou grupo de sujeitos, expressa sua necessidade. Neste caso, são destacadas as necessidades do trabalhador e a da instituição, no entanto, o que define o trabalho em saúde é a necessidade expressa pelo sujeito que procura os serviços de saúde;
- b) objeto de trabalho – colocada a finalidade, categoria que orienta todo o processo de trabalho, é possível definir sobre o que se realiza a atividade, ou seja, o objeto de trabalho. Uma das posições, coloca quase como consenso a presença de menos dois objetos de trabalho – os corpos dos indivíduos e suas consciências e a organização da assistência, onde, de maneira geral cabem a (ao) enfermeira(o) o planejamento e a organização, e, aos técnicos, auxiliares de enfermagem e auxiliares de saúde a execução desse trabalho.
- c) instrumentos de trabalho – é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere, põe entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

Para Gonçalves (apud CAPELLA, 1998), são três os tipos de instrumento:

- 1- os que encaminham a aproximação do trabalhador com o objeto de trabalho e que se constituem nas teorias, como sua dimensão intelectual;
 - 2- os que efetivam a transformação no objeto e se constituem nas técnicas;
 - 3- as condições materiais para a realização do trabalho, ou seja, o local do trabalho.
- d) forças de trabalho – na enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e de saúde, sendo que na instituição hospitalar está incluído ainda o escriturário.

Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001, p.36), colocam que “ao olhar o trabalho na enfermagem, podem ver três trabalhos, que se consolidam num serviço destinado a prover os meios e as técnicas para o “cuidado e o auto-cuidado”, reconhecidamente ações que indicam a

identidade da enfermagem.(...) Em outras palavras, temos um processo de trabalho geral, que compreende todas as ações da enfermagem na assistência, embora operem, efetivamente, de três diferentes formas: cuidar, educar, gerenciar”. Vale ressaltar que essas formas não são excludentes, ao contrário, são interdependentes e complementares estando permeadas pelas relações interpessoais que se estabelecem no cotidiano de trabalho.

Neste estudo, meu olhar esteve voltado para as atividades ditas de administração da assistência de Enfermagem, na medida em que, a partir de uma construção coletiva, busquei junto aos trabalhadores de enfermagem, apontar novas referências para a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira(o).

Para falar em dimensão gerencial, não posso deixar de falar sobre **IDENTIDADE**, que Castells (1999, p.23) define como “um processo de construção coletivo, desenvolvido em torno de um ‘projeto’ cultural partilhado, de construção de significados coletivos”. Ciampa (apud MIRANDA, 1999, p.42), considera “identidade como movimento, metamorfose, é sermos um e um outro, para que cheguemos a ser um, numa infundável transformação”.

Leite; Ferreira (2000), consideram que o sujeito-trabalhador possui uma identidade multidimensional, que inclui o plano pessoal, profissional e institucional, que está representada em forma de diagrama (Anexo-02). No plano profissional, mais especificamente da enfermeira (o), o que observamos são formas complementares e interdependentes de atuar, cuidar, educar e gerenciar, conforme citado anteriormente. Nesse momento enfatizo o gerenciar ao definir dimensão gerencial.

Entendo por **DIMENSÃO GERENCIAL**, a dimensão da identidade profissional que a(o) enfermeira(o) assume em sua vida profissional, dentro de uma instituição, quando realiza atividades gerenciais, independente do cargo que ocupa, abrangendo as várias dimensões de sujeito trabalhador: pessoal, profissional e institucional.

Neste sentido, Leite; Ferreira (1998, p.25) afirmam que

“o (a) enfermeiro (a) ao assumir sua função gerencial, tem que integrar seu ‘jeito-de-ser’ (sua postura e sua personalidade) às exigências profissionais, às dinâmicas do trabalho de sua equipe, as demandas grupais, de forma ajustada com as premissas gerais do corpo gerencial da enfermagem e do corpo gerencial da instituição, de modo a colaborar no cumprimento da missão institucional, em sua inserção social, política e administrativa, assim como, os requisitos e funções de um hospital-escola no atendimento público e gratuito”.

A(o) enfermeira(o), na execução de atividades gerenciais, assume o papel de “ponte”, de “canal de comunicação”, na intermediação das dinâmicas entre o seu grupo de trabalho e as hierarquias superiores da organização institucional. Esta (e) é responsável, em parte,

também pela **ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM**, que é definida por Capella (1998) como o modo como os trabalhadores de enfermagem dispõem o seu trabalho e fornecem a base para o trabalho de outros profissionais na instituição de saúde, em relação aos tempos, movimentos e objetos necessários à assistência da saúde. A organização do trabalho da enfermagem envolve também as relações interpessoais entre a equipe de saúde, as relações hierárquicas, as relações com o sujeitos hospitalizados, as condições de trabalho, o ambiente, o modo de gestão entre outros.

Corroborando, Dejours; Dessors; Desriaux (1993) afirmam que a organização compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, significando que ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os seres humanos.

Dejours et al (1994, p.101) colocam que “entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho existe um espaço de liberdade que autoriza uma negociação. De acordo com suas necessidades, o trabalhador pode organizar seu trabalho”. Porém, não ao ponto de interferir nas necessidades de um outro sujeito, que é o sujeito hospitalizado.

Tenho observado que ao longo do tempo a organização do trabalho da enfermagem, na maioria das instituições, vem ocorrendo não de acordo com os interesses e necessidades do sujeito hospitalizado, mas sim, em função de outros interesses, como os da instituição ou dos profissionais, o que acaba interferindo diretamente na assistência de enfermagem e, também, nas **RELAÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM**. Estas relações são definidas por Capella (1998) como as que se dão no exercício da profissão: internamente, com a equipe de enfermagem e, externamente, com outros profissionais, o sujeito hospitalizado e a instituição. As relações de trabalho referem-se às relações profissional/profissional e profissional/sujeito hospitalizado.

Com base neste referencial, desenvolvi este estudo através de um **PROCESSO REFLEXIVO E PARTICIPATIVO**. O processo reflexivo aqui foi compreendido como uma prática que envolve a interação com os sujeitos, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar, e a valorização de si e dos outros (BORDENAVE, 1994). Neste estudo foi proposta uma relação horizontal e dialógica, pois entendo que o diálogo é o caminho indispensável, não só nas questões vitais, mas em todos os sentidos de nossa existência (FREIRE, 1999). Já a Participação, é entendida aqui como conquista processual, um processo infundável, sempre se fazendo; supõe envolvimento, compromisso, auto-expressão e é vista como o caminho natural para o ser humano buscar sua realização. Para realizar a participação é preciso abrir espaços, numa construção arduamente levantada centímetro por centímetro (DEMO, 1996; BORDENAVE, 1994).

Para Bordenave (1994, p.16), “participação é inerente à natureza social humana, tendo acompanhado sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos, até às associações, empresas, partidos políticos de hoje. Neste sentido, a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do sujeito social”.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, inspirado na modalidade convergente assistencial e baseado nas premissas teórico-metodológicas do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), sendo desenvolvido junto aos trabalhadores (as) de enfermagem da DE, implementando um processo reflexivo e participativo, em relação à dimensão gerencial da identidade profissional da enfermeira.

Segundo Minayo (1996), a abordagem qualitativa traz como resultado a compreensão do significado e da intenção do ato, buscando analisar a experiência dentro do contexto incluindo as relações sociais. O método qualitativo envolve a complexidade e as diferenças vividas, buscando diferentes possibilidades.

A modalidade convergente-assistencial é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social, em determinado contexto da prática assistencial. Esta modalidade se caracteriza como trabalho de investigação, pois se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. O ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo da pesquisa (TRENTINI, PAIM, 1999)

Lüdke e André (1986) afirmam que analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observações, as transcrições das entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. A tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. Num segundo momento essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado. A análise está presente em vários estágios da investigação, tornado-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados.

O processo reflexivo teve como base o referencial teórico-metodológico do SAV, que em suas premissas filosóficas propõe-se facilitar o processo de relação interpessoal, buscando a compreensão do processo vital humano, segundo uma perspectiva de reconhecimento das dimensões do ser humano, em seus aspectos afetivo, cognitivo e motor, favorecendo o desenvolvimento de suas potencialidades.(LEITE;FERREIRA, apud, SALUM, 2000)

Uma das intervenções do SAV denominada de “Vivências Institucionais”, destina-se a intervenções institucionais, que “objetiva facilitar os processos de relação grupal e a integração pessoal, focando os aspectos sociais e psicoemocionais presentes na interação do indivíduo com os diversos grupos, buscando a compreensão do processo vital humano segundo uma perspectiva complexa, sistêmica e evolutiva”.(LEITE; FERREIRA, 2000, p. 6)

Considero que este modelo de intervenção requer muito envolvimento do pesquisador com a prática vivida, uma vez que busca integrar as diferentes dimensões dos sujeitos envolvidos, reconhecendo sua multidimensionalidade, bem como apontando possibilidades para sua transformação.

O caminho metodológico percorrido procurou respeitar a multidimensionalidade da identidade dos sujeitos trabalhadores (as), envolvendo o plano pessoal, profissional e institucional.

5.1 Contexto do Estudo

O local escolhido para a aplicação desta proposta foi o Hospital Universitário, instituição onde atuo há sete anos, dos quais três atuando como enfermeira assistencial e os demais como gerente de serviço e divisão.

O H.U é uma instituição pública e gratuita, composta por aproximadamente 250 leitos e 1.240 funcionários das diversas áreas, dos quais 550 ligados à Diretoria de Enfermagem. Por ser um hospital escola possui atividade de ensino, pesquisa, assistência e extensão. A hierarquia gerencial é composta por diretor geral e as diretorias, que são: enfermagem, de medicina, apoio assistencial e administrativo.

De acordo com o que já foi colocado anteriormente, a Diretoria de Enfermagem está organizada através de uma diretora de enfermagem, 03 assessorias e 21 chefias, dentre as quais 04 chefias de divisão, 16 chefias de serviço e um núcleo, conforme já apresentado no capítulo 3.2. Compõe ainda o quadro de profissionais da enfermagem, as (os) enfermeiras(os) assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

5.2 Os Sujeitos do Estudo

Os sujeitos deste estudo foram trabalhadores (as) do nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), que tivessem no mínimo 02 (dois) anos de atividade profissional na DE-HU,

e que não tivessem formação superior, tentando desta forma evitar distorções de funções⁴, chefias de serviço e também enfermeiras (os) que nunca tivessem exercido cargo de chefia na DE-HU e que aceitassem participar deste estudo.

A opção por desenvolver este estudo, junto a este universo de trabalhadores (as), deu-se em função do objetivo do estudo, ou seja, desenvolver um processo reflexivo, junto aos (as) trabalhadores (as) de enfermagem da DE-HU, em relação à dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o), como também de entender mais intimamente a relação entre a prática assistencial e gerencial, o porquê desta dicotomia, já que, no meu entendimento, as atividades gerenciais fazem parte do processo de assistência.

O convite às (os) enfermeiras (os) assistenciais, para participar do estudo foi feito através de uma carta-convite (Anexo-03), sendo entregue pessoalmente. Às (os) que aceitaram e preencheram os critérios estabelecidos, foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre esclarecido (Anexo-04). Estipulou-se o número de 15 (quinze) participantes para a realização dos encontros vivenciais, encontro estes que compuseram a 2ª etapa da implementação do estudo, conforme será apresentado no próximo item. Caso o número de interessados ultrapassasse o limite estipulado, seria realizado um sorteio, o que não foi preciso.

Os encontros foram incluídos no planejamento do CEPEn do ano de 2001, sendo esta uma estratégia de motivação utilizada. Neste sentido, as (os) participantes foram dispensadas de seu horário de trabalho, sendo suas liberações agendadas previamente com as respectivas chefias, no sentido de prever as coberturas das escalas de serviço.

5.3 Etapas para a implementação do estudo

A implementação foi obtida mediante duas estratégias: entrevistas semi-estruturadas com os (as) trabalhadores (as) de nível médio e chefias de serviço de enfermagem e, a realização de encontros vivenciais junto as (os) enfermeiras (os) assistenciais.

5.3.1 As Entrevistas

Na primeira etapa utilizei o recurso de entrevistas semi-estruturadas, a partir de um roteiro-guia (Anexo-05), sendo aplicado a oito (8) trabalhadores (as) do nível médio, ou seja,

⁴ No HU existem alguns funcionários da DE que exercem função de nível médio, embora tenham formação superior, os quais não representam o perfil do trabalhador de enfermagem de nível médio.

um (a) técnico (a) e um (a) auxiliar de enfermagem de cada divisão de enfermagem que não tivessem formação superior, para que efetivamente representassem a sua categoria. Após essas entrevistas, senti necessidade de entrevistar também algumas chefias das (os) enfermeiras (os), que haviam se proposto a participar dos encontros vivenciais, para conhecer a percepção das chefias em relação ao trabalho das enfermeiras assistenciais, na tentativa de fazer um contraponto: de um lado a percepção das chefias e do outro a dos (as) trabalhadores (as) de nível médio. Neste sentido, foram entrevistadas quatro chefias de serviço. Tanto para as chefias como para os (as) trabalhadores (as) de nível médio foi utilizado o mesmo roteiro-guia para entrevista. Como forma de garantir o sigilo das informações, os (as) entrevistados (as) assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, conforme já explicitado anteriormente (Anexo-6), sendo identificados por nomes de árvores. As entrevistas foram gravadas e transcritas, após sua transcrição as mesmas foram devolvidas aos participantes para validação das informações. Neste sentido, apresento os dados em forma de quadros (Anexo-6A), apenas com uma categorização preliminar, agrupados a partir das perguntas que fizeram parte do roteiro das entrevistas.

Considere importante a participação destes (as) trabalhadores (as), pois para efetivamente realizar uma construção coletiva em relação à dimensão gerencial da (o) enfermeira(o), fez-se necessário entender como estes percebem esta função.

Lüdke; André (1986, p.33) consideram que

“a entrevista desempenha importante papel não apenas nas atividades científicas, como em outras atividades humanas. Na entrevista a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, onde não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista. Na medida em que houver um clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão de maneira notável e autêntica”.

De acordo com Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que o investigador tem para realizar a coleta de dados. Expressa que no enfoque qualitativo, pode-se usar a entrevista estruturada, ou fechada, a semi-estruturada e a entrevista livre ou aberta. Entende por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe resposta do informante. Desta maneira, o informante

seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal, colocado pelo investigador, começa a participar do conteúdo da pesquisa.

O autor afirma ainda que em suas práticas em pesquisa qualitativa, em geral, o processo da entrevista semi-estruturada dá melhores resultados quando se trabalha com diferentes grupos de pessoas /professores, alunos, diretores. (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas realizadas foram gravadas, conforme permissão dos (as) participantes, transcritas posteriormente, e serviram como subsídio para os encontros vivenciais que foram realizados com as enfermeiras. Participaram desta etapa um (a) técnico (a) e um (a) auxiliar de enfermagem de cada uma das divisões de enfermagem, e quatro chefias de serviço, totalizando doze (12) entrevistas.

5.3.2 Os Encontros Vivenciais

Após a apreensão dos dados coletados nas entrevistas com os (as) trabalhadores (as) de nível médio e chefias, implementei a 2ª etapa, que se constituiu de “encontros vivenciais”. Foram realizados quatro encontros de três horas junto às (os) enfermeiras (os) assistenciais, através da aprendizagem vivencial que é entendida por Leite; Ferreira (1999, p.11) como a “capacidade humana de organizar a experiência vivida, dando-lhe significado, melhorando a qualidade de vida pessoal e transformando a experiência individual em um conhecimento que transcende a si mesmo e adquire dimensões de categorias sociais e culturais”.

Os encontros vivenciais foram realizados de 05 à 08 de junho de 2001, das 8 às 11h, na sala de capacitação da divisão auxiliar de pessoal, da Instituição em estudo. Participaram dos encontros onze (11) enfermeiras assistenciais⁵, de unidades e turnos diversos, que nunca haviam exercido um cargo de chefia na instituição. Como apoio ao trabalho da facilitadora, esteve presente em todos os momentos, a co-orientadora deste trabalho, que trouxe contribuições muito significativas para o grupo durante todo o processo. Vale salientar, que os encontros foram gravados e transcritos, após a permissão do grupo, facilitando assim a coleta de dados.

Para organizar os encontros vivenciais, utilizei como base metodológica, a proposta do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), baseado em Schutz, Moscovici, Enriquez, entre

⁵ Durante a descrição dos encontros, por ter como participantes somente mulheres, estarei utilizando expressões no feminino, sem, contudo negar a questão de gênero na enfermagem.

outros, que adotam, como referência, a “Dinâmica das Relações Grupais”, respeitando a onda evolutiva de cada encontro, que inclui quatro fases, quais sejam: inclusão, controle, ajustamento e avaliação.

Na fase de INCLUSÃO, cada membro do grupo procura o seu lugar, através de tentativas para encontrar e estabelecer os limites de sua participação no grupo, o quanto vai dar de si, o quanto espera receber, como se mostrará ou que papel desempenhará primordialmente. “É uma fase de estruturação do grupo de forma ativa e experimental” (MOSCOVICI, apud LEITE; FERREIRA, 1997, p.11). O problema desta fase é ficar **dentro** ou **fora**, a ansiedade é da pessoa sentir-se insignificante.

Na fase de CONTROLE, cada membro passa a interessar-se pelos procedimentos que levam às decisões, ou seja, pela distribuição do poder no grupo e controle das atividades dos outros. É uma fase de jogo de forças, competição por liderança, discussões sobre metas e métodos, atuação no grupo e formulação de normas de conduta dentro do grupo. “Cada um busca atingir um lugar satisfatório às necessidades de controle, influência e responsabilidade” (MOSCOVICI, apud LEITE; FERREIRA, 1997, p.14). O problema do controle é estar **por cima** ou **por baixo**. A ansiedade é de ser incompetente.

Uma vez resolvidos razoavelmente os problemas da fase de controle, surge a fase de AJUSTAMENTO, na qual os membros do grupo começam a expressar e buscar integração emocional. Surgem abertamente manifestações de hostilidade direta, ciúmes, apoio, afeto e outros sentimentos. “Cada um procura conhecer as possibilidades de intercâmbio emocional e estabelecer limites quando à intensidade e qualidade das trocas afetivas. O clima emocional do grupo pode oscilar entre momentos de grande harmonia e afeto, e momentos de insatisfação, hospitalidade e tensão”. A tendência é o estabelecimento de um clima afetivo positivo (MOSCOVICI, apud LEITE; FERREIRA, 1997, p.18). O problema desta fase é **estar próximo** ou **distante**, a ansiedade é ser ou não amado.

A fase de SEPARAÇÃO é considerada por Schutz (apud LEITE; FERREIRA, 1997, p.20), como processo natural associado ao encerramento do grupo, pois “à medida que os grupos chegam ao fim, eles tendem a dissolver suas relações em seqüência inversa, isto é, afeição, controle e inclusão”. Grupos que estão prestes a terminar apresentam comportamentos bem característicos: aumentam os atrasos e as ausências; há mais devaneio, os membros esquecem de trazer os materiais para o grupo; diminui a importância e a boa qualidade do grupo; há decréscimo no envolvimento geral, lembranças de experiências anteriores. O problema desta fase é permanecer **junto** ou **separado**; a ansiedade é a individuação.

Para Leite; Ferreira (2000, p.08)

“o processo de evolução vital apresenta alguns padrões cíclicos de organização que geram um espiral de ampliação crescente, configurando um curso probabilístico para o desenvolvimento humano. (...) As tendências direcionais básicas ocorrem num movimento contínuo, onde podemos diferenciar os momentos iniciais de mobilização, o surgimento de conflitos entre duas polaridades, seguidos de um período de repouso, com o ajustamento conseguido, quando então ocorre o encerramento de um ciclo, reinicia-se o processo”.

A estrutura dos encontros seguiu também a proposta do SAV, que organiza um encontro vivencial, a partir de um modelo estrutural diferenciado para as diversas etapas da dinâmica vivencial, que são assim classificadas: **aquecimento, experimento, processamento e fechamento ou avaliação.**

A etapa de **aquecimento** tem a função geral de preparar o grupo para configurar-se num ambiente acolhedor; esta possui três modalidades de intervenção: aquecimento temático, que facilita o contato cognitivo e emocional dos participantes com o tema e inicia a abertura da interação dialógica; aquecimento corporal, que visa mobilizar a energia somática, através do contato com o “aqui e agora” e a liberação do fluxo de energia; e o aquecimento interativo que através de jogos e exercícios, busca situar os indivíduos no contexto grupal, favorecendo o contato com a dimensão relacional e configurando a unidade coletiva (LEITE; FERREIRA, 1999).

A atividade nuclear da abordagem vivencial se constitui na etapa do **experimento**, que possibilita a ação, reflexão e a aprendizagem, buscando ampliar a capacidade de arriscar, de colocar em prática, de tomar consciência e, principalmente, de “aprender a aprender”. Os experimentos vivenciais têm então um potencial mobilizador para ativar determinados núcleos temáticos, de forma objetiva e subjetiva nos grupos e nos indivíduos (LEITE; FERREIRA, 1999)

A etapa de **processamento** refere-se ao conjunto das atividades realizadas para proporcionar a organização da experiência vivida, possibilitando a aprendizagem e a construção do conhecimento. Esta etapa não se limita à elaboração cognitiva, mas integra também os níveis psicoemocionais e motores da experiência, sendo assim valorizadas a criação, a expressão emocional e a experiência corporal. Os recursos utilizados para facilitar o processamento são os comentários espontâneos, ou seja, feedbacks dos membros do grupo e dos facilitadores, e as devolutivas dos facilitadores com o intuito de organizar e formalizar a experiência (LEITE; FERREIRA, 1999).

No **fechamento** (avaliação), a organização da experiência vivida e sua transformação em aprendizagem obedecem a um ciclo que, partindo da percepção (o que aconteceu), facilita a reflexão (como aconteceu e em que resultou) e propõe atividades de formalização (como isso fica para mim) e de expressão (LEITE; FERREIRA, 1999).

5.4 Apresentando os Encontros Vivenciais

1º Encontro-Fase de Inclusão: “Como Se Vê”

No momento inicial foram colocados os **objetivos** do estudo e dos encontros, explicando um pouco do referencial teórico metodológico do Sistema de Aprendizagem Vivencial (SAV), utilizado para organizar os encontros (já que se tratava de encontros vivenciais). Após, o grupo foi informado a respeito do consentimento livre esclarecido para que as participantes preenchessem. Ao mesmo tempo, a fim de mantermos o sigilo das informações que iriam surgir nos encontros, foi solicitado que elas escolhessem um nome de uma árvore para utilizarem como codinome, sendo possível assim se identificarem posteriormente. Os codinomes escolhidos foram: figueira, ipê, jabuticabeira, seringueira, palmeira, laranjeira, jaborandi, cedro, canela, pitangueira e joão-bolão.

A seguir, já que se tratava do encontro de inclusão, fizemos um **jogo de apresentação**, no qual cada uma das participantes recebeu um cartão onde, em um dos lados deveriam destacar três aspectos que valorizavam quanto à sua identidade pessoal e no outro lado, três aspectos que valorizavam quanto à sua identidade profissional. Após todas escreverem, abrimos para as apresentações, sempre procurando respeitar, caso alguma das participantes não quisesse se manifestar.

Alguns aspectos destacados em relação à **identidade pessoal** foram: dedicação, carinho, sinceridade, amizade, companheirismo, felicidade, simplicidade, responsabilidade, persistência, dinamismo, perseverança, gosto pelo desafio, organização, flexibilidade, entre outros. Já em relação à **identidade profissional**, foram destacados aspectos como: compromisso, agilidade, organização, competência, responsabilidade, educação, conhecimento científico, reciclagem, flexibilidade, dinamismo, disposição, educação no trabalho, entre outros.

Iniciamos, então, as etapas da dinâmica do encontro vivencial proposto pelo SAV, com a fase de **aquecimento corporal**, na qual foram realizados exercícios de flexibilidade e

alongamento, o que caracteriza a vitalização. Houve uma boa participação e o grupo mostrou-se integrado. Em seguida iniciamos o **aquecimento interativo**, nesta etapa foi solicitado ao grupo que fizesse uma roda, para ritualizarmos a formatura. Ao serem chamadas pelo nome entregamos a cada participante “um canudo”, para que efetivamente pudessem se reportar ao momento de cada uma em sua formatura. Foi um momento muito rico, percebi que mobilizou emoções fortes no grupo. A seguir pedimos que, a partir de uma conversa a dois, refletissem, ainda reportando-se à formatura, quais eram as expectativas delas naquele momento, como imaginavam que iria ser o futuro trabalho como enfermeira, para posteriormente abrirmos a discussão no grande grupo. Neste momento pude perceber uma boa repercussão na conversa a dois, houve participação mesmo das mais tímidas, troca de idéias, sentimentos e expectativas.

Algumas falas significativas podem traduzir o que representou o momento da formatura, as expectativas levantadas e expressas no grande grupo:

“momento de separação da turma” (Laranjeira)

“onde vou trabalhar, e agora!” (Laranjeira)

“conquista profissional, medo do desconhecido, do que estava por vir” (Ipê)

“coisa certa a cada tempo” (Canela)

“emoção, vitória, ansiedade” (Cedro)

Após um breve intervalo para lanche, iniciamos a fase do **experimento**. Em grupos de três e quatro, foi solicitado o preenchimento de um instrumento (Anexo-7) que perguntava “quais eram as suas expectativas assim que você se formou e qual a realidade encontrada na instituição de trabalho”(expectativas e realidade encontrada), com o objetivo de problematizar entre o idealizado, o prescrito da assistência direta e aquilo que efetivamente encontrou na prática. No momento da discussão, em pequenos grupos, houve mobilização das pessoas, participação e discussão aprofundada em torno do tema. Mesmo após ter sinalizado que o tempo previsto para discussão havia sido ultrapassado, o grupo desejou continuar. A seguir, cada subgrupo escolheu um relator e iniciaram a leitura do que haviam levantado, tendo surgido dados relevantes, expressos no instrumento conforme mostra o quadro abaixo:

FIGURA 1 – As expectativas e a realidade encontrada no local de trabalho

EXPECTATIVAS	REALIDADE ENCONTRADA
1. contato com o novo (local de trabalho)	1. dificuldade de interação com a equipe
2. incertezas, solidão	2. necessidade de estar amparada por uma chefia como integrante ativo no grupo

3. competência, conhecimento	3. reciclagem, exposição, ensino-aprendizagem
4. escolher o local de trabalho	4. coberturas de vagas, conforme necessidade da instituição
5. trabalho em equipe	5. dificuldade no trabalho em equipe
6. organização do trabalho (metodologia, cuidado integral)	6. metodologia que não atende à enfermagem como um todo
7. dedicação exclusiva	7. dupla jornada de trabalho, em função dos baixos salários
8. relacionamento com a equipe	8. desrespeito à hierarquia

Após a leitura, partimos para a fase do **processamento**, ou seja, a discussão dos dados levantados no instrumento. O grupo mostrou-se muito interessado na discussão, houve uma troca de experiência muito rica, haja vista que no grupo haviam pessoas com pouco tempo na instituição e outras com longo tempo, desde a abertura do hospital, possibilitando aos mais novos entenderem melhor a história da enfermagem na instituição. Outro fato que enriqueceu a discussão, foi que algumas das participantes já haviam trabalhado como técnicas de enfermagem na mesma instituição onde hoje trabalham como enfermeiras. Este contraponto foi muito interessante, tendo em vista que traziam, em sua história profissional, uma visão em relação aos modelos de enfermeiras com quem trabalharam, podendo apontar como desejavam ou não ser como futuras enfermeiras. Por outro lado, a partir do momento que assumiram como enfermeiras, puderam entender melhor as manifestações dos (as) trabalhadores (as) de nível médio e conviver melhor com as dificuldades que surgiram, pois já haviam experienciado essa função.

Como pretendíamos fazer um levantamento qualitativo dos dados, sem que tivesse qualquer indução em relação ao que as participantes levantassem, deixamos para esta fase a conceituação que gostaria de fazer. Neste sentido, utilizando o recurso da transparência, trouxe, como conceituação, a identidade multidimensional do sujeito trabalhador na enfermagem (Anexo-2). Discutimos sobre a identidade pessoal, profissional e institucional deste sujeito, percebendo que todas estão interrelacionadas, não podendo ser dissociadas, haja vista que a identidade do sujeito trabalhador resulta da articulação complexa de diferentes recortes, segundo seus diversos campos de pertencimento, quais sejam: sócio-político e econômico, institucional, profissional e pessoal (LEITE; FERREIRA, 1999).

Após encerrarmos essa discussão, foi feita a **avaliação do encontro**, na qual, de maneira geral, as participantes consideraram o momento produtivo e ao mesmo tempo prazeroso, um espaço para reflexão, interação e discussão de alguns problemas comuns.

2º Encontro - Fase de Controle: “Como É Vista”

Neste segundo dia, o **objetivo** do encontro foi levantar quais as percepções que as enfermeiras acreditavam que sua chefia e os (as) trabalhadores (as) de nível médio tinham em relação ao trabalho delas. Este encontro foi caracterizado como a fase de controle, onde cada um busca atingir um lugar satisfatório às necessidades de controle, influência e responsabilidade.

Após esta etapa, iniciamos o **aquecimento corporal e interativo**, sendo utilizado como atividade, que é específica para esta fase, o “guia de cego”, onde em duplas, uma pessoa é o cego e a outra o seu guia, a pessoa que vai assumir o papel de cego fecha os olhos e vai sendo guiada pela outra, movimentando-se através de uma música de fundo. Em seguida, trocam-se os papéis. “Esta experiência corporal focaliza a capacidade de confiança e entrega de quem é guiado e a responsabilidade e segurança de quem guia”(LEITE; FERREIRA, 1999, p.32). Fazendo uma interface com a questão da gerência através dessa atividade, foi possível refletir sobre a responsabilidade que se tem, inerente ao nosso cotidiano de trabalho a dimensão gerencial, responsabilidade principalmente com as pessoas que dependem de nossas decisões, como também destacar a importância de se estabelecer uma relação de confiança junto às relações de trabalho, relações interpessoais.

Algumas falas podem descrever o que significou esta experiência para as participantes:

“Às vezes tu precisas de alguém te conduzindo, e ao mesmo tempo se tem a responsabilidade de ter que estar conduzindo alguém, uma equipe. Energia que a pessoa passa”(João-Bolão).

“A sensação é de muita liberdade apesar da vontade de tatear para ver se tinha alguma coisa pela frente, sensação de confiança. A questão do controle, Ter alguém te controlando, fica pensando até que ponto eu posso ir, até que ponto ela está me acompanhando, e vice-versa, treinar estar conduzindo e se deixar conduzir”(Jaborandi).

Ainda nesta etapa realizamos outra atividade da fase de controle, o “espelho”, na qual, em duplas, uma pessoa vai comandar o movimento da outra, que vai ser o seu espelho, acompanhando seus movimentos numa simples imitação, mas num movimento simultâneo que é possibilitado pelo vínculo do olhar; após, os papéis são invertidos. “Este movimento

focaliza a alternância de poder, quando se dirige ou se espelha o movimento. Dentre suas possíveis aplicações destaca-se o seu potencial para introduzir a noção de interação dialógica, através de uma proposta de comunicação visual”(LEITE; FERREIRA, 1999, p.33).

A expressão dos sentimentos vivenciados pode ser percebida pelos depoimentos:

“Dificuldade que as pessoas tem de olhar no olho, eu tenho dificuldade de olhar no olho das pessoas, geralmente eu olho pro rosto da pessoa”(Laranjeira).

“No momento de colocar a simetria eu percebi como é difícil seguir alguém” (Pitangueira).

Dando continuidade, passamos para o experimento. Nessa etapa foi solicitado ao grupo que, individualmente, preenchessem um instrumento (Anexo-8) em relação a percepção da chefia e dos (as) trabalhadores (as) de nível médio, a respeito do seu trabalho, na própria visão delas. Alguns dados foram levantados:

FIGURA 2 – A percepção dos trabalhadores (chefias e nível médio) em relação ao seu trabalho

As percepções de sua chefia em relação ao seu trabalho	As percepções dos trabalhadores de nível médio em relação ao seu trabalho
<ul style="list-style-type: none"> - “Difícil de dizer, pois em 4 anos tive apenas uma avaliação olho no olho” (Seringueira) - “Amadurecimento gradativo pessoal e profissional” (Jabuticabeira) - “Que desenvolva ainda mais minha liderança trazendo idéias” (Jaborandi) - “Sensível aos problemas do sujeitos de cuidado e s. trabalhadores” (João-bolão) 	<ul style="list-style-type: none"> - “Dinâmica, porém às vezes agita o ambiente de trabalho” (Cedro) - “visão de igualdade” (Figueira) - “Insegurança quanto ao apoio nas decisões tomadas” (Canela) - “Ponto de referência da equipe no período matutino” (Jaborandi) - “Rígida nos momentos que há necessidade” (Ipê)

Após o preenchimento do instrumento foi solicitado as participantes que, em pequenos grupos, discutissem os dados levantados, para que no momento seguinte fossem apresentados para uma discussão mais ampliada.

Depois de um pequeno intervalo para lanche, iniciamos a etapa do **processamento**. Nesta etapa cada subgrupo apresentou o que havia levantado e concomitantemente discutimos as questões. Este momento pode ser representado por algumas falas:

“A confiabilidade, confiar, estar colocando nas nossas mãos informações, confiar mesmo o turno, confiar nas decisões” (Jaborandi).

“(…) Falta você compartilhar mais com a tua chefia, as tuas angústias, as tuas inseguranças, as tuas conquistas” (Jabuticabeira).

Na sequência foram apresentados, através de cartazes, os dados obtidos nas entrevistas realizadas com os (as) trabalhadores (as) de nível médio e algumas chefias de unidades de internação. As entrevistas corresponderam à primeira etapa do desenvolvimento do estudo, como já descrito anteriormente. Em relação aos dados das entrevistas surgiram algumas colocações:

“Como os trabalhadores de nível médios têm clareza, às vezes a gente não pára para ouvir e ver essas coisas, interessante como os dados fecham entre si” (João-Bolão).

“Tem uma coisa muito forte de eles(nm) estarem querendo nos defender também, em função das dificuldades com os outros serviços”(Jaborandi).

“Eu acho que a gente tem que ajudar a equipe, mas tem coisas que a gente tem que estar atenta e dosando mesmo” (Cedro).

Um fator que ficou fortemente evidenciado, em relação as entrevistas com os (as) trabalhadores (as) de nível médio, foi que a principal referência destes, em relação ao trabalho da enfermagem, é a assistência direta ao paciente e cobram isso das enfermeiras assistenciais, deixando lacunas em relação ao entendimento de outras ações fundamentais no trabalho delas que são: o gerenciamento do turno de trabalho e as ações educativas. Outra questão evidenciada foi em relação às reuniões de turno. Os (as) trabalhadores (as) de nível médio e as chefias explicitam, nas entrevistas, a necessidade das enfermeiras assistenciais estarem ocupando este espaço de coordenação de turno que, em geral, fica a descoberto. O grupo refletiu e concordou, ressaltando a importância de criar estes espaços em reuniões durante o turno de trabalho.

Considero a reunião de turno um espaço que possibilita a interação da equipe, a reorganização e o remanejamento do trabalho, pois quando é realizada, além de ser um espaço para discussão de problemas, cria a possibilidade de definir novas diretrizes e de se ter um espaço formal de participação da equipe. Neste sentido, é fundamental que a enfermeira possibilite e coordene este espaço junto com a equipe.

Ainda nesta etapa, foram discutidas algumas questões em relação as ações que compõem o processo de trabalho da enfermeira: a assistencial, gerencial (administrativa) e educativa. Dessa forma, avançamos na discussão e após um processo reflexivo percebemos que essas três ações, que são complementares, não estão presentes de forma efetiva no cotidiano de trabalho das enfermeiras. Acreditamos que isso aconteça principalmente em função da assistência direta ao cliente, por muito tempo, foi a única referência do trabalho da enfermagem, como forma de garantir um espaço específico dentre as outras profissões da área da saúde. Também pela falta de instrumentalização, talvez desde a formação acadêmica, não conseguem avançar e apropriar-se das três ações como indissociáveis e imprescindíveis para o trabalho da enfermeira.

Finalizando esta etapa, partimos para a **avaliação do encontro**; apresento algumas falas que traduzem, de forma mais efetiva, esse momento:

“Eu acho que os encontros estão sendo importantes porque eles estão coroando as realidades de todas as unidades, é também um momento de reflexão, de partilha, e é importante também a partir disso ver que estratégias utilizar para operacionalizar as mudanças” (Pitangueira).

“Esse encontros oportunizam a integração, gostei muito de tu teres trazido os quadros das entrevistas, é legal pra gente estar refletindo sobre isso, essa reflexão que se faz aqui nos leva a buscar novas idéias, que de repente a gente até tem mais fica adormecido, e isso estimula pra que a gente se envolva também” (João-Bolão).

3º Encontro - Fase de Ajustamento: “Estilos de Liderança”

No terceiro dia iniciamos com a exposição do **objetivo do encontro**, a proposta era discutir os estilos de liderança e de que forma as enfermeiras se percebem diante destes e como poderiam melhorar seu desempenho em relação às ações gerenciais. Este encontro caracterizou a fase de ajustamento.

A seguir, foi dado início ao **aquecimento corporal e interativo**, sendo que a primeira atividade realizada foi o “3º ritmo”. Nesta, é solicitado ao grupo que caminhe pela sala, ao som de uma música, o facilitador solicita que as pessoas se reúnam em duplas, procurando encontrar uma sincronização de ritmo. Esse padrão comum alcançado é então sinalizado como o 3º ritmo, que já não é o de nenhum dos elementos do par, mas da nova unidade que eles

agora configuram. Através de algumas trocas de pares, as pessoas podem perceber as diferenças desse 3º ritmo a cada novo encontro.

“Essa atividade concretiza de modo bastante claro uma questão importante no trabalho coletivo, em que as pessoas precisam aprender a respeitar as diferenças de ritmo com as demais. Nesse processo, ficam então evidenciadas tendências de dominação ou de submissão, quando o encontro de ritmos é inadequado, e de ajustamento dinâmico e integrativo quando o encontro é adequado”. (LEITE; FERREIRA, 1999, p.35)

As enfermeiras expressam seus sentimentos após viver a experiência:

“Se adequar ao ritmo é difícil, é difícil a acomodação ao ritmo das outras pessoas, e no dia a dia também é difícil” (Pitangueira).

“Isso acontece quando tens que trabalhar com outro enfermeiro no turno, às vezes é difícil acomodar” (Laranjeira).

A segunda atividade experienciada foi o “jogo de encaixe”, no qual uma pessoa vai ao centro da roda e assume uma postura estática, outros participantes, um de cada vez, vai se encaixando na figura já formada, até compor uma escultura coletiva. O facilitador solicita então que as pessoas memorizem suas posições e que desfaçam a escultura. Após, cada pessoa refaz isoladamente sua posição anterior, sendo então orientada a perceber as diferenças entre os sentidos e sentimentos experimentados antes (na composição coletiva) e agora (isoladamente). “Esta experiência é muito rica para colocar em discussão o conceito de unidade grupal e do sentido construído coletivamente nas relações de trabalho e das possibilidades de se perceberem as relações complementares, a solidariedade e interdependência envolvida”, (LEITE; FERREIRA, 1999, p.35)

Algumas falas que representam a experiência vivida:

“Tudo ali fechou, meio que abafou, mas tinha uma sensação de leve, tu não tava carregando nada” (Seringueira).

“A questão do calor que tu sentes das outras pessoas” (Ipê).

“No grupo sensação de complementaridade, e sozinho é cada um por si e Deus por todos” (Pitangueira).

“A questão de equipe mesmo, todos juntos temos mais força” (Laranjeira).

Na sequência, iniciamos o **experimento** propondo às enfermeiras a participação em uma atividade, em que estariam sendo convidadas para assumirem a chefia de uma unidade. Nesse sentido, as mesmas representando corporalmente, deveriam identificar as forças impulsoras para assumir tal função dando um passo à frente, e identificar as forças restritivas dando um passo para trás.

Alguns aspectos destacados como forças impulsoras:

“Vontade de trabalhar essa dificuldade, impossibilidade, achar que não sou capaz” (Palmeira).

“Necessidade de mudança, novos conhecimentos” (Figueira).

Alguns aspectos destacados como forças restritivas:

“Perda do sossego, pouco reconhecimento” (Figueira).

“Insegurança quanto aos resultados a alcançar”(Canela).

“Ter certeza de estar amadurecida para...”(Seringueira).

Ainda nesta etapa, solicitamos as enfermeiras para, em grupos, identificar algumas percepções em relação aos estilos de liderança encontrados no cotidiano de trabalho, apontando encantos e desencantos através do preenchimento de um instrumento (Anexo-9), sendo que as principais percepções levantadas estão listadas no quadro abaixo:

FIGURA 3 - Estilos de Liderança Encontrados nas Relações de Trabalho

Encantos	Desencantos
<ul style="list-style-type: none"> - Profissionalismo (limites, liberdade, justiça) - Abertura para diálogo - Saber ouvir, acolher - Saber delegar responsabilidades - Clareza de expressão - Flexibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Parcialidade (confunde relação pessoal com profissional) - Autoritarismo - Insegurança, falta de voz ativa - Falta de respaldo nas medidas tomadas frente ao grupo

- Ética profissional	- Falta de envolvimento - Falta de ética
----------------------	---

Dando continuidade ao encontro, após um pequeno intervalo, iniciamos o **processamento**. Nesta etapa, ampliamos a discussão para todo o grupo em relação aos dados levantados no experimento. As enfermeiras participaram ativamente da discussão, questionando, levantando dúvidas, expressando os encantos e desencantos em relação aos estilos de liderança encontrados ao longo de sua vida profissional, e até mesmo alguns aspectos encontrados na vida pessoal.

Após esta discussão aprofundada, partimos para a conceituação em relação aos estilos de liderança, ou seja a classificação desses estilos segundo Moscovici (1998) que são: democrático, omissivo, participativo, autocrático, consultivo e espoliativo. Foi apresentado um gráfico (Anexo-10) com os diversos estilos de liderança segundo a autora, demonstrando estar em movimento, deixando claro que dependendo das situações encontradas ao longo da vida profissional e também do estilo pessoal, podemos transitar em vários estilos, do democrático ao autocrático, sem sentimento de culpa ou preconceito. Nesse contexto, Moscovici (1998) afirma que tanto o estilo democrático como o autocrático podem ser eficazes ou não, a depender: da situação, da conjuntura, do clima organizacional, dos valores, das motivações, das expectativas do líder e dos liderados e da maturidade do grupo. Afirma ainda que existem vários estilos que podem ser usados pelo mesmo líder, em diferentes situações, e que os estilos de liderança podem ser desenvolvidos e modificados através de treinamento e capacitação, a partir da conscientização do estilo interpessoal do líder.

Nessa perspectiva é que Moscovici (1998) valida e reafirma a importância de se buscar dentro do cenário institucional espaços de reflexão como este, onde através de conceituação, troca de idéias e experiências de diferentes realidades, é possível avançar na questão da liderança e gerenciamento na enfermagem.

No momento seguinte, solicitamos às enfermeiras para que apontassem como se viam diante dos estilos de liderança e com qual estilo se identificavam mais. Para isso cada participante recebeu um modelo do gráfico apresentado, para apontarem e registrarem, quais estilos já haviam vivenciado e em quais situações.

Os depoimentos corroboram com o que afirma Moscovici (1998), em relação a flexibilidade dos estilos de liderança:

“Eu me vi em alguns momentos em cada um deles”(Ipê).

“Então o omissivo é também um estilo de liderança!”(Seringueira).

“É engraçado porque a gente sempre pensa no líder como aquele que tem a liderança”(Ipê).

“Para mim a gente passa por todos no cotidiano, mas o que mais se sobressaiu foi o participativo, na grande maioria, e também o paternalista nos casos pessoais, quando eu vejo que o funcionário não está bem”(João-Bolão).

Foi interessante perceber a motivação do grupo em relação ao tema, as participantes estiveram empenhadas em realizar a atividade proposta, expressaram com detalhes as situações vivenciadas nos diversos estilos de liderança. Talvez isso denote que a negação das atividades gerenciais no cotidiano de trabalho da enfermeira não aconteça simplesmente por falta de vontade de assumir essas atividades, mas sim por insegurança, por medo e principalmente, por falta de instrumentalização.

Para formalizarmos o fechamento deste encontro, partimos para a etapa da **avaliação**, dessa forma surgiram algumas falas significativas:

“Pude clarear um pouco o processo de liderança, então uma crença que eu vinha batendo há muito tempo foi derrubada, é bom quando tu vê que existem outras pessoas também trabalhando com a mesma visão, isso é gostoso dá mais gás para acreditar no teu trabalho, faz crescer, subir mais um degrau”(Seringueira).

“E eu descobri que a questão da chefia não estar alienada da assistência, na verdade é uma obrigação dela”(Laranjeira).

4º-Encontro-Fase de Avaliação: “O Processo de Construção”

No momento inicial colocamos o **objetivo** do encontro, ou seja, como as enfermeiras percebem que poderiam construir a dimensão gerencial de sua identidade profissional e de que forma poderiam se instrumentalizar para dar conta dessa ação. Este encontro caracterizou a fase de avaliação (separação) de todo o processo vivido nesses dias, efetivamente o processo de construção.

A seguir, partimos para o **aquecimento interativo e temático**. Foi solicitado às participantes para dividirem-se em dois grupos, e construírem imagens (representações

estáticas), que representassem a localização da enfermeira na assistência, em relação a chefia e aos trabalhadores (as) de nível médio. Buscaram nos subgrupos pessoas para montar essa imagem localizando cada elemento da equipe de enfermagem (enfermeira assistencial, chefia e nível médio). Ao final de cada representação, explicavam para o grupo, o que pensaram para montar aquela imagem. Há que se destacar, que o caminho que foi construído tem uma estruturação que é importante, a enfermeira assistencial tem em seu cotidiano de trabalho: de um lado a equipe do turno que ela gerencia e do outro as chefias e os demais serviços.

Houve muito empenho e criatividade por parte das enfermeiras, no sentido de encontrar um jeito de melhor construir essas imagens, procuraram representar de forma efetiva o cotidiano por elas vivido. Nas formas apresentadas buscaram retratar o cotidiano, com a interface entre chefia, nível médio e o próprio cliente, retratando dessa forma, os conflitos, as relações, os limites que enfrentam para exercer a dimensão gerencial. Foi muito prazeroso observar o quanto estavam envolvidas e mobilizadas, e perceber o quanto o grupo já havia avançado, tanto no sentido coletivo como no individual. De alguma forma já era um resultado positivo de todo esse processo.

Pensando nessa construção, partimos para o **experimento**, no qual foi solicitado às enfermeiras que, em pequenos grupos, preenchessem um instrumento (Anexo-11), e refletissem acerca das atividades gerenciais das enfermeiras assistenciais, das questões da assistência que precisam ser repassadas à chefia e da função de elo de ligação, para formalizarem o que haviam representado, como também para efetivar o processo construído até então. Nesse sentido surgiram alguns dados importantes;

Em relação as atividades gerenciais que cabem as enfermeiras assistenciais:

“Supervisão, coordenação e ensino da equipe” (grupo 1).

“Distribuição das atividades diárias, coordenar a passagem de plantão” (grupo 2).

“Avaliação dos funcionários, supervisão de funcionários novos” (grupo2).

“Administrar as relações interpessoais, coordenação e organização do trabalho (recursos humanos, materiais...), prover coberturas de escalas” (grupo 3).

Em relação as questões da assistência que devem ser repassadas à chefia:

“Todas as dificuldades que não foi possível encontrar solução com a equipe de turno; compartilhar as conquistas da equipe; repassar as limitações técnico-científicas da enfermeira e equipe” (grupo 3).

“Repassar o desenvolvimento diário dos funcionários novos; problemas de escalas” (grupo 2).

Comunicação de sucessos à chefia; solicitação da presença da chefia para apoio mais efetivo; problemas de escala, atestados, falta (grupo 1).

Em relação ao desempenho da função de elo de ligação entre a equipe, chefia e demais serviços:

“Através de reuniões de turnos; comunicação diária verbal; livro de ocorrência; passagem de plantão” (grupo 1).

“Integrando-se a chefia buscando alternativas de soluções, através de mini-comissões; fazendo a mediação através da comunicação dialógica, informal como também comunicação escrita” (grupo 3).

“Repasse de informações (diálogo, anotações); através de reuniões gerais”(grupo 2).

Essa discussão, baseada nos dados dos instrumentos, serviu para organizar o processo reflexivo em relação as atividades gerenciais, as enfermeiras perceberam mais claramente a necessidade de efetivamente assumirem suas funções como gerentes de um turno de trabalho, como também a função de ser o elo de ligação entre a equipe, chefia e os demais serviços. Os (as) trabalhadores (as) de nível médio e as chefias, através das entrevistas, também expressaram essa necessidade, pois a partir do momento que as enfermeiras assumirem suas atividades gerencias, acreditam que o trabalho se tornará uma continuidade e a equipe terá representatividade, em todos os turnos.

Após um intervalo para lanche, iniciamos o **processamento**. Nesta etapa foi proposto uma discussão em relação aos dados levantados, para posteriormente buscarmos sugestões no grupo de como ocupar, de forma efetiva, esse espaço da enfermeira assistencial. Nesse sentido, buscamos refletir coletivamente como construir, por que vias empreender um processo que possibilite a instrumentalização, visando um agir melhor diante das situações que surgem no cotidiano do trabalho.

Assim, depois de uma discussão bastante aprofundada e pautada na realidade vivida, foram surgindo propostas muito interessantes, criativas e possíveis de serem realizadas, claro que a partir de um compromisso firmado entre o grupo onde, de alguma forma todas as participantes se colocaram como co-responsáveis para a viabilização de alguns projetos de mudanças, tanto no plano pessoal como no espaço institucional.

Neste momento, percebemos quanto o grupo estava mobilizado e comprometido, pois mesmo diante de tantas dificuldades encontradas na atual realidade do serviço público e no mundo do trabalho, havia uma vontade grande de mudar, de renovar, de estar recomeçando.

Na tentativa de traduzir parte de experiência vivida, tão repleta de significados, trazemos algumas sugestões apontadas pelo grupo, como também uma foto que representou o momento, o processo de construção:

- Abertura de espaço com a chefia para reflexão da dimensão gerencial, experienciar troca de papéis entre gerente assistencial e chefia;
- Formação de grupos de estudo interunidades dentro do espaço institucional, através do NAP;
- Publicação das atividades gerenciais dentro da instituição;
- Divulgação para equipe multidisciplinar da dimensão gerencial do enfermeiro;
- Instituição proporcionar cursos de gerenciamento, favorecendo a liberação do enfermeiro assistencial;
- Ocupar espaços comemorativos, culturais para refletir com a equipe o papel da enfermagem (Ex.: semana da enfermagem);
- Encontros periódicos com a equipe para planejamento e avaliação (retroalimentação);

FIGURA 4- Construção do painel de sugestões e encaminhamentos



Finalizando esta etapa, partimos para **avaliação**, não só deste encontro, mas de todo o processo vivido. Foi então aberto espaço para quem desejasse se manifestar, expressando seus sentimentos em relação a este último encontro. A seguir, para formalizar o registro do processo reflexivo e participativo, foi solicitado às enfermeiras o preenchimento de um instrumento (Anexo-12) de avaliação dos encontros. Alguns depoimentos refletiram o significado da experiência para o grupo:

“Eu achei super valioso, super rico, eu acho que todos os dias que eu saí daqui foram momentos muito bons porque eu cresci demais, me deu vontade de ler mais sobre o assunto porque realmente a gente foge um pouquinho disso e socializar as nossas vivências foi uma coisa muito boa, e está aí o reflexo do que foi construído em todos esses dias, e um reflexo bem positivo. A gente começou com o problema, pensamos o que era esse problema e agora a gente está trazendo soluções. As reflexões em relação aos problemas têm que ser assim, porque só criticar e jogar o problema em cima do outro é muito fácil e a gente tem que pensar que tem co-responsabilidade”(Jaborandi).

“Eu acho importante refletir e avaliar o nosso cotidiano enquanto enfermeiras assistenciais, que também temos o gerenciamento e nem sempre a gente se dá conta disso, acho que isso foi muito importante além claro da interação com outros setores

que eu achei muito produtivo. Também, ver a realidade que está acontecendo em outros locais, ver um pouquinho o lado do outro” (Ipê).

Como forma de ritualizar e formalizar esse momento de conquista, e também de despedida abraçamos a todas, agradecendo e reiterando o compromisso de buscarmos construir espaços de instrumentalização dentro do cenário institucional. Então, convidamos as participantes para fazer uma roda e dançarmos ao som de uma música que diz: “O meu coração me diz, fundamental é ser feliz”.

5.5 Análise e interpretação dos dados

A fase da análise e interpretação dos dados se constitui numa tarefa complexa, por envolver muitos aspectos, éticos, emocionais, subjetivos, técnicos, entre outros.

De acordo com Minayo (1996, p. 197)

A análise busca atingir três objetivos: compreender em profundidade os conteúdos, sentidos e estruturas contidos nos dados; compreender os dados na relação com o meio social; e buscar a validade do que é percebido. Como maior dificuldade e desafio, procura ultrapassar o nível aparente dos dados e alcançar a compreensão mais profunda de seus significados.

A análise dos resultados foi elaborada a partir do método de análise de conteúdo. Inicialmente, fiz uma categorização preliminar dos dados das entrevistas, que segundo Bardin (1977), caracteriza-se em parte pela etapa de pré-análise, bem como, uma breve análise dos encontros.

A análise de conteúdo trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento que se aplicam a “discursos” (conteúdos) extremamente diversificados. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois pólos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. O maior interesse desse instrumento polifuncional que é a análise de conteúdo, é alongar o tempo de latência entre as intuições de partida e as interpretações definitivas (Bardin, 1977).

Segundo Bardin (1977), o método de análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Corresponde o período de intuições, mas, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. Esta

primeira fase em geral possui três missões: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A fase de exploração do material é a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento. Nesta fase é realizada a conclusão da preparação do material para a análise, em termos de operações de codificação ou enumeração.

O tratamento dos resultados é a fase onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Operações estatísticas simples, ou mais complexas, permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais destacam as informações fornecidas pela análise. O analista tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas.

As categorias e sub-categorias do estudo foram definidas a partir das falas e da realidade vivida pelos sujeitos, tanto nas entrevistas como nos encontros vivenciais. Dessa forma, permitiram uma aproximação com os objetivos do estudo, com o referencial teórico-metodológico adotado, como também, uma construção verdadeiramente coletiva que envolveu os sujeitos do estudo. Portanto, com base no referencial teórico adotado, e entendendo que o processo de trabalho da enfermagem, mais especificamente da (o) enfermeira (o), acontece através da realização de atividades gerenciais, educativas e assistenciais que são complementares e indissociáveis, é que considereei uma tarefa um tanto árdua a elaboração de categorias, na qual se faz necessário separar, para maior clareza e organização do estudo, o que ocorre de forma simultânea.

Conforme ressalta Bardin (1977), para se considerar um conjunto de categorias como “boas”, estas devem possuir as seguintes qualidades: a exclusão mútua, ou seja, cada elemento não pode existir em mais de uma categoria; a homogeneidade- um único princípio de classificação deve governar a sua organização; a pertinência- deve estar adaptada ao material de análise escolhido; a objetividade e a fidelidade- deve-se definir claramente as variáveis, bem como precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria; por fim a produtividade- um conjunto de categorias é considerado produtivo se oferece resultados férteis.

Após o estabelecimento das categorias, quais sejam: dimensão gerencial, dimensão assistencial, dimensão educativa e dimensão relacional, realizei a interpretação dos dados, que se constitui na última, e a mais difícil, a meu ver, etapa da análise proposta por Bardin (1997).

5.6 Dimensão Ética do Estudo

Durante a implementação deste processo reflexivo, foram observados os aspectos éticos que permearam este estudo. Este projeto de pesquisa foi apresentado ao CEPEn, e encaminhado a DE da instituição, com vistas a apreciação e consentimento através do parecer da CEEEn, sendo aprovada sua realização.

A inclusão dos participantes observou a resolução nº 196-96 do CNS-MS que dispõem sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa (prática) envolvendo seres humanos, especialmente no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Foi garantido aos participantes, a liberdade de participar ou não e a de desistir a qualquer momento, como também assegurado o sigilo das informações.

Gallo (1999, p.108), afirma que para entender a ética como uma estética da existência, esta não deve ser vista como uma atitude solitária, particular, mas sim, como um empreendimento coletivo, solidário: buscar o meu prazer, minha realização, mas também o prazer e a realização do outro. Acredita que só podemos ser indivíduos singulares, senhores de nós mesmos, numa sociedade aberta, em que a cidadania exista de fato como participação de todos, assim como pode haver efetiva cidadania se os indivíduos são livres, singulares e participativos.

A dimensão ética deve ser observada em todo o tipo de estudo que envolve a vida humana, dimensão esta muitas vezes esquecida no mundo atual, em que a globalização, a competitividade, a clonagem de animais e seres humanos avançam a cada dia sem considerar a ética e a bioética. No mundo moderno são direcionados tantos recursos financeiros para “descobertas mirabolantes” da ciência, mas não conseguem encontrar soluções para a miséria, para a fome, a seca, enfim para as inúmeras desigualdades sociais.

Boff (2001), coloca que em momentos críticos como os que vivemos, revisitamos a sabedoria ancestral dos povos e nos colocamos na escola de uns e outros. Todos nos fazemos aprendizes e aprendentes. Importa construir um novo ethos (modelação da casa humana) que permita uma nova convivência entre os humanos com os demais seres da comunidade planetária e cósmica; que propicie um novo encantamento face à majestade do universo e à complexidade das relações que sustentam todos e cada um dos seres. Essa dimensão do ethos deverá suplantar a desesperança imobilizadora e a resignação amarga; criará um novo sentido

ético e moral; propiciará uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual que transformará a ciência, a tecnologia e a crítica em benefícios para a humanidade.

Durante o processo reflexivo, posso afirmar, que foi respeitado cada ser humano em sua essência, procurando buscar a igualdade em relação aos projetos de mudanças a partir da diversidade de crenças, valores e idéias que cada um trazia em sua história. Entendo que a visão em relação ao ser humano não pode ser mais compartimentalizada, já que este é um ser único e integral em sua totalidade e que enquanto sujeito trabalhador possui uma identidade multidimensional, a qual abrange a dimensão pessoal, profissional e institucional, sendo estas indissociáveis

6 REFLETINDO E ANALISANDO OS RESULTADOS

Neste capítulo pretendo apresentar e discutir os resultados encontrados ao longo deste estudo, tendo como categoria de base a dimensão gerencial e suas articulações.

Entendo que o trabalho da (o) enfermeira (o) não exige apenas competência técnica, mas é um processo complexo que envolve a questão da assistência, das ações educativas, as necessidades da equipe, da instituição, a exigência pessoal, bem como, as questões que envolvem a gerência, tanto da unidade quanto do turno de trabalho. Nesse sentido, é preciso buscar a complementaridade de todos esses planos, fazer a interface não só do plano pessoal com o institucional, mas do institucional com o plano pessoal.

Nesse sentido, considerando a identidade profissional da (o) enfermeira (o) como também o processo de trabalho da enfermagem como multidimensional é que apresento as categorias analíticas que surgiram a partir dos dados, baseado na percepção dos sujeitos do estudo (enfermeiras (os) assistenciais, chefias de serviço e trabalhadores (as) de nível médio), bem como em reflexões pessoais. São elas: **dimensão gerencial, dimensão assistencial, dimensão educativa e dimensão relacional.**

A **dimensão gerencial** está relacionada ao gerenciamento da assistência durante o turno de trabalho, aos estilos de liderança encontrados no cotidiano de trabalho intimamente relacionado ao estilo pessoal, o processo avaliativo, bem como a questão da comunicação. Em torno desta categoria, que foi o ponto de partida e o principal foco do estudo, ocorreram as maiores e mais profundas discussões e reflexões, servindo como base para discutirmos suas articulações com as demais dimensões, também importantes.

Na categoria denominada **dimensão assistencial** apresento aspectos que envolvem as atividades assistenciais desenvolvidas pela(o) enfermeira(o) assistencial, tais como: o método de assistência de enfermagem, o cuidado direto ao sujeito hospitalizado, como também as condições de trabalho e as relações que se estabelecem entre o sujeito trabalhador e sujeito hospitalizado.

As questões relacionadas à educação estão presentes na **dimensão educativa**, na qual abordo aspectos como a educação formal onde são apresentadas questões relacionadas à formação acadêmica, suas fragilidades e avanços, e a educação no trabalho, abordando questões do cotidiano de trabalho da enfermagem, que abrange entre outros, reciclagens, capacitações, acompanhamentos.

Por último apresento a **dimensão relacional** (de complementaridade), na qual são abordados aspectos das relações de trabalho, que abrangem as relações com os demais profissionais e serviços de saúde, como também aspectos das relações interpessoais na enfermagem, em que serão discutidas as relações internas na equipe de enfermagem.

6.1 A Dimensão Gerencial – categoria de base e suas articulações

A partir do que se vem discutindo em relação a questão gerencial em diferentes disciplinas, percebe-se algum avanço na área da saúde, mesmo que de forma sutil. Algumas instituições de saúde vêm adotando experiências, no sentido de implementar um estilo participativo de gerenciar, utilizando organogramas mais horizontais, com menor concentração de poder, e obtendo resultados positivos tanto no nível de relações interpessoais, satisfação no trabalho, como também na questão da qualidade da assistência. A exemplo podem ser citados o hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ), como também o ambulatório de especialidades da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, situado em Belo Horizonte (CECÍLIO, 1999).

Cecílio (1997) coloca, que os “Modelos Gerenciais alternativos” correspondem a um verdadeiro “desmonte” dos organogramas tradicionais, com a quebra das linhas de mando hierárquicas centradas nos corpos funcionais (direção clínica, de Enfermagem e administrativa); propõe ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho, gestão participativa nas unidades, ênfase na satisfação dos clientes; comando único das unidades de trabalho por gerentes profissionalizados, com o papel central de ser uma espécie de facilitador da equipe. Enfatiza um intenso processo de “comunicação lateral” (intergerentes) como a melhor e mais rápida forma de resolver os problemas do cotidiano.

Nessa perspectiva, Morin (2001) afirma que o interesse do trabalho também resulta das possibilidades que os trabalhadores tem em desenvolver sua autonomia e perceber seu senso de responsabilidades. Isso é oferecido por uma organização que deixa os empregados serem os administradores de suas atividades e, que por meio de mecanismos de feedback, lhes mantém informados sobre a evolução de seu desempenho e lhes permite fazer os ajustes necessários para melhorá-lo. Afirma que o fato de o indivíduo ter de resolver problemas durante a realização do trabalho e exercer seu julgamento para tomar decisões relativas à organização de suas atividades reforça o sentimento de competência pessoal, tendo influência direta não somente no desenvolvimento da autonomia pessoal, mas também na motivação.

Além disso, o fato de ter que resolver problemas e vencer dificuldades estimula a criatividade dos indivíduos.

Nesse contexto, Ferraz (1990, p.41) afirma que “toda vez que alguém participa do planejamento e execução de uma atividade, sente-se proprietário da mesma e co-responsável do seu sucesso ou fracasso, culminando com o autocontrole do resultado do seu trabalho”.

Na enfermagem, raramente tem sido explorada, como realidade do trabalho em saúde, questões inovadoras relativas ao gerenciamento. O que se percebe ainda, principalmente na enfermagem hospitalar, são ações baseadas em princípios de Taylor, Fayol, Weber, entre outros, a partir dos quais se sobressaem a divisão de tarefas, a racionalidade do trabalho, a hierarquia rígida, o poder centralizado no gerente.

Nesse sentido, Mendes et al (2000), colocam que as instituições de saúde e a organização do trabalho na enfermagem também se renderam às leis da racionalidade que direcionam a modernidade. Em nosso meio, ainda constatamos a vigência marcante da herança de Taylor e de Weber no gerenciamento das organizações de Enfermagem. Essas organizações têm privilegiado o “como fazer” em detrimento do “porquê da ação”, de forma que a eficiência tem se alicerçado, quase que exclusivamente, na racionalidade em busca da eficácia, priorizando os objetivos e as finalidades do serviço. Nesse contexto afirmam que os enfoques administrativos estão, cada vez mais, se tornando obsoletos face às novas exigências da sociedade atual, ou seja, a sociedade pós-moderna.

Ferraz (1990) coloca que a divisão do trabalho faz-se entre os que pensam e, portanto, administram e concebem, e os que executam e, portanto, são administrados. Como sabemos essa é a forma que está organizado o trabalho da enfermagem, cabendo primordialmente à (ao) enfermeira (o) as ações administrativas e de educação, atividades essas consideradas intelectuais. Aos demais membros da equipe de Enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem) competem às ações assistenciais, consideradas manuais.

Desde os tempos de Florence Nightingale as atividades gerenciais vem sendo direcionadas às enfermeiras (Ladie nurses). Assim mesmo, ainda hoje existe uma grande dificuldade, por parte das (os) enfermeiras (os), em assumí-las.

Conforme aponta Castrillón (1997), gerenciar o cuidado e os serviços de enfermagem, não constitui um desvio da função essencial desta profissão, somente quando se distorce a administração, e se adaptam tarefas de múltiplas naturezas, ou quando a profissão se assume como serviço da profissão médica.

Peduzzi (2001) coloca que os compromissos da profissão devem se expressar numa concepção de gerência que considere suas múltiplas dimensões: técnica, política e

comunicacional, no interior das quais o gerente do cuidado coloca-se como um mediador que busca viabilizar condições adequadas para o desenvolvimento do projeto comum de trabalho. Nessa concepção a gerência não tem fim em si mesma, nem se limita ao âmbito burocrático, mas reconhece a importância do trabalho de cada agente para alcançar a finalidade do processo de trabalho assistencial.

Pensando nessas questões e partindo do que os dados refletem surgiram as subcategorias: gerenciamento da assistência, estilos de liderança, o processo avaliativo e a comunicação.

Na instituição estudada, há ainda uma divisão técnica do trabalho, cabendo ao enfermeiro o gerenciamento da assistência e a educação, tanto dos trabalhadores, quanto da clientela. Há uma tentativa de romper com esta forma de gerência do trabalho, através da busca de uma participação mais efetiva dos trabalhadores de nível médio, quer na discussão da assistência, quer através da participação em diferentes comissões (ética, CPMA, CEPEn).

Gerenciamento da Assistência

Por gerenciamento da assistência entendemos as atividades relacionadas à forma de organização da assistência, quer através da divisão do trabalho propriamente dito, quer através dos encaminhamentos relativos à assistência.

No gerenciamento da assistência foram apontadas pelos sujeitos do estudo, as seguintes atividades: a divisão de tarefas, supervisão da equipe e da assistência, encaminhamento de exames, o gerenciamento das relações interpessoais, avaliação dos funcionários, promover e coordenar reuniões de turno, acompanhamento de funcionários novos, o método de assistência, entre outras. Cabe salientar, que alguns dos aspectos apontados pelos trabalhadores, como gerenciamento da assistência, serão discutidos em outras categorias. Isso não significa dizer, que não os considero como parte do gerenciamento, e muito menos as considero atividades apenas de gerenciamento, pois conforme já apontado anteriormente, entendo que no processo de trabalho da enfermagem as atividades se entrelaçam e ao mesmo tempo se complementam, sendo difícil separá-las, mas para maior clareza e aprofundamento do estudo, discutirei alguns aspectos em outras categorias, a exemplo, o método de assistência, o acompanhamento de funcionários novos, entre outros.

Dentre os aspectos apontados, aparece de forma relevante a negação que existe em relação a essa atividade de gerenciamento. Os dados denotam que as (os) enfermeiras (os) apresentam muitas dificuldades em gerenciar seu turno de trabalho, chamando-as de atividades “burocráticas”, talvez em função de terem idealizado a questão da assistência

direta, sem cruzar esta com a questão gerencial, sem perceber a relação que ambas tem. Existe um estigma, e um desvio de interpretação em relação à palavra burocracia, porém são atividades inerentes ao cotidiano de trabalho da enfermagem que não podem ser descartadas.

Os (as) trabalhadores (as) de nível médio referem-se as atividades burocráticas de forma pejorativa, quando afirmam que essas atividades afastam as enfermeiras assistenciais do cuidado direto ao cliente e da supervisão dos funcionários. Conforme já apontado por Leite; Ferreira (1998), em seu trabalho realizado com as chefias da Diretoria de Enfermagem da instituição em estudo, existe esta fragilidade (de ter como única referência para o trabalho da enfermagem a assistência direta), identificada como “idealidade do cuidado”.

Esta crítica pode ser vista como a expressão do não reconhecimento ao saber “intelectual” das (os) enfermeiras (os), desqualificando suas atividades de planejamento da assistência como mera burocracia. Ao mesmo tempo, se é por essa superioridade intelectual que essas (es) profissionais se diferenciam dos trabalhadores de nível médio, estes tendem a negar-lhes essa distinção, que parece ainda uma discriminação entre o saber e o fazer, com valorização do primeiro em detrimento do segundo (LEITE; FERREIRA, 1997).

Para Motta (1981) o termo “burocracia” tem sido usado em vários sentidos, para designar uma administração racional e eficiente, para designar o governo de altos funcionários, para designar organização. De modo amplo, afirma que burocracia é uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais. Dessa forma burocracia é poder, controle e alienação.

Na medida em que associamos este termo à questão da gerência, é possível perceber que essa forma de controle e de poder ainda está fortemente presente nas organizações de saúde, como também nos serviços de enfermagem, pois a “burocracia” se traduz na separação entre os que executam e os que planejam, organizam e controlam. Também sob esse aspecto, Motta (1981) ressalta que o divórcio da burocracia, em grande medida, é o divórcio entre o trabalho manual e trabalho intelectual.

Nesse sentido, para vencer essa “marca” tão presente nos serviços de enfermagem, há que se propor relações mais horizontais no que se refere ao gerenciamento em enfermagem, partindo para uma hierarquia menos rígida, com menor centralização do poder, e assim abrir caminhos que possibilitem maior participação dos trabalhadores nos processos decisórios, na forma de planejar e organizar, tornando o processo de trabalho um pouco menos fragmentado.

Acredito que todos esses aspectos apontados em relação ao gerenciamento em enfermagem, possam estar influenciando as (os) enfermeiras (os) assistenciais a não

reconhecerem como suas as atividades de gerenciamento do turno de trabalho, deixando muitas vezes, a equipe de trabalho sob sua responsabilidade sem representatividade, sobrecarregando o trabalho das chefias. Este fato é fortemente apontado pelas chefias: colocam que quando as enfermeiras assistenciais não assumem suas atividades gerenciais, acabam interferindo de forma negativa, dificultando as atividades como chefia. Conforme apontam Garapuvu e Cerejeira:

“se ela não realizar suas atividades gerenciais, acaba sobrecarregando a chefia e desestruturando a equipe de seu turno. Quando não assume suas atividades gerenciais acaba sempre trazendo problemas para a unidade, a equipe acaba ficando sem representatividade, sem quem fale por eles. Quando perde a homogeneidade que deve ter nos procedimentos, nas rotinas, nas mudanças, sobrecarrega a chefia da unidade, pois, esta passa a ter que gerenciar os atritos entre os turnos. Quando a enfermeira não assume sua função, acaba interferindo na continuidade de trabalho e novamente sobrecarregando a chefia”(Garapuvu / Ec).⁶

“(...) As chefias muitas vezes acabam tendo que assumir as atividades gerenciais dos enfermeiros assistenciais, por inabilidade da enfermeira, por desconhecimento” (Cerejeira / Ec).

Como um das razões para a negação da atividade gerencial, as (os) enfermeiras (os) apontam a submissão histórica ao modelo médico:

“O que leva a negar também essa atividade gerencial é a questão histórica da Enfermagem de submissão ao modelo médico” (Araucária / Ec).

Nesse sentido Loyola (apud MARTINS; GUERRA; GUEDES, 2000) afirma que “a dominação médico-enfermagem não é só o resultado da dominação homem-mulher, mas a historicidade do papel de exclusão feminina certamente contribuiu na reprodução das relações de poder de dominação-submissão até hoje presentes no setor saúde”.

No tradicional modo de se fazer a gestão em hospitais, os médicos gozam de alto grau de autonomia, não estando submetidos à praticamente nenhum mecanismo de controle, sendo que estes têm muito poder nas organizações (CECÍLIO, 1999, p.317), o que poderia também

⁶ Vale salientar, que a partir desse capítulo estarei identificando os sujeitos do estudo pelos nomes de árvores e também pelas siglas Ec-enfermeira(o) chefe, Ea- enfermeira(o) assistencial e Tnm- trabalhador(a) de nível médio. Na tentativa de facilitar o entendimento e o significado das falas em cada um dos aspectos abordados.

reafirmar a dominação homem-mulher, já que a medicina durante muito tempo foi uma profissão hegemônica e eminentemente masculina.

Também sob esse aspecto, Peduzzi (2001) coloca que os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos, tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos em saúde. Todos compartilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual.

Essa subordinação apontada pelas (os) enfermeiras (os) e corroborada pelos autores, ainda está fortemente presente nos serviços de saúde e, em especial na organização hospitalar. Como profissional inserida na instituição em estudo, percebo tentativas de ultrapassar esse modelo hegemônico, dentre elas as eleições diretas para as chefias de enfermagem, na qual todos os(as) trabalhadores(as) participam do processo eleitoral; espaços concretos de participação dos(as) trabalhadores(as) de nível médio como na CEEEn e no CEPEn, o investimento em programas que buscam a valorização dos(as) trabalhadores(as) como o VTM, o projeto cuidando de quem cuida. No entanto, configuram-se em tentativas isoladas da categoria da enfermagem, que apesar de ser majoritária, ainda não tem forças para efetivar significativas mudanças no cenário hospitalar. Isso não se caracteriza com um descrédito, mas numa sinalização de que é preciso unir-se aos demais serviços de saúde, e o mais importante – ao sujeitos que buscam os nossos serviços, para se conseguir efetivas mudanças.

Para os trabalhadores de nível médio, o gerenciamento da assistência que cabe a (o) enfermeira (o) assistencial é assim compreendido:

“gerenciar é isso no todo assim, é de vez em quando fazer uma reunião com a equipe, pra ver se tá bom assim, pra conseguir recursos materiais (suporte, bomba de infusão, torpedão de O2). Daí isso a gente pede para a enfermeira, que ela como gerente vai atrás procurar, como quando a gente precisou de mais um funcionário daí ela faz o memorando vai até a chefia, até a direção, então é uma forma de gerenciar, ela coordena e gerencia tudo”(Amexeira / Tnm).

Gerenciar para eles está ligado à garantia de recursos materiais e pessoal para a realização da assistência, atividades estas que dão suporte a uma assistência de qualidade. Porém, a organização do trabalho em si não é vislumbrada como uma atividade gerencial na visão dos trabalhadores de nível médio. Isto estará ligado ao fato dos trabalhadores de nível

médio terem a visão de que a assistência direta cabe a eles, corroborando a idéia de manutenção da divisão entre quem pensa e quem executa?

Um aspecto importante apontado pelas enfermeiras em relação ao gerenciamento da assistência, se refere a difícil tarefa de administrar as relações interpessoais na equipe de enfermagem.

“No início, essa parte de competência técnica eu não tinha medo, mas lidar com o pessoal de enfermagem era um receio que eu tinha” (Pitangueira / Ea).

Considerando o sujeito trabalhador em sua multidimensionalidade, o desempenho da atividade gerencial não pode envolver apenas a dimensão profissional e institucional, mas também a dimensão pessoal. Nesse sentido, considero que gerenciar é também, e principalmente, administrar as relações interpessoais dentro de uma equipe.

Leite; Ferreira (1998) colocam que a tarefa de coordenar as relações interpessoais de uma equipe, torna-se ainda mais complexa quando se reconhece o fato de que a dinâmica grupal apresenta características próprias, não se restringindo apenas à simples soma dos comportamentos individuais, mas configurando sim uma organização sistêmica e evolutiva, que exige da gerência mais que uma orientação e administração individualizada da cada um dos integrantes.

Os autores apontam que as formas mais comuns utilizadas pelas gerências para lidar com os conflitos resultantes dos contatos interpessoais em suas equipes tendem a resvalar para uma burocratização tecnicista ou para uma atitude paternalista conciliatória e personalista. No primeiro caso, de uma ação puramente burocrática, o (a) gerente valoriza apenas seu “papel externo”, posicionando-se diante do conflito somente como um “representante dos interesses institucionais”, desconsiderando e desqualificando os relacionamentos interpessoais e seus aspectos subjetivos. Nessa postura, as dificuldades relacionais são encaradas como “desvios” do que realmente interessa, daquilo que importa à instituição: a produção.

Por outro lado, quando o (a) gerente se posiciona diante dessas questões relacionais somente enquanto “representante dos interesses do grupo”, suas atividades tendem a cair numa personalização, restrita ao uso de seus recursos e referências pessoais para lidar com essas dificuldades, resultando normalmente em estratégias de “conversas amigáveis”, individualmente realizadas, ou nos “sermões” coletivos, para todo o grupo. Essas atitudes quase sempre resvalam também para jogos de sedução e de manipulação, fundamentados nos favorecimentos e/ou discriminações (LEITE; FERREIRA, 1998, p. 59).

Nesse sentido, para que as (os) enfermeiras (os) consigam lidar de maneira mais adequada e equilibrada com as relações interpessoais na equipe, ou seja, sem privilegiar o lado pessoal em detrimento do institucional ou este em detrimento daquele, se faz necessário criar espaços, no qual possam desenvolver habilidades para lidar com essas relações. Há que se buscar esse desenvolvimento não só na educação formal, mas também no órgão institucional responsável pela educação no trabalho, com o intuito de facilitar esse processo de instrumentalização para essas profissionais.

As (os) enfermeiras (os) em suas atividades gerenciais precisam se reconhecer como facilitadoras (es) do processo que envolve as relações interpessoais, favorecendo principalmente o ajustamento na equipe, bem como, proporcionando padrões mais adequados para essas relações. Cabe destacar que um dos trabalhos desenvolvidos no programa V.T.M., que foi o treinamento do papel gerencial, envolveu apenas as chefias ligadas a Diretoria de Enfermagem, e não as enfermeiras assistenciais.

Diante de tantas dificuldades apontadas em relação ao efetivo gerenciamento da assistência, trago algumas reflexões. A negação da atividade gerencial, por parte das (os) enfermeiras (os) está envolvida com diversos fatores já apontados anteriormente, entre eles, a dificuldade de reconhecer o gerenciamento como atividade inerente ao seu cotidiano de trabalho, provavelmente devido a "idealidade do cuidado"; a falta de instrumentalização na formação acadêmica para conviver com esta atividade; a subordinação ao modelo biomédico e hegemônico, bem como, a difícil tarefa de lidar com as relações interpessoais. Talvez, esta última, a meu ver, se configure na maior causa de negação da atividade gerencial, haja vista que muitos aspectos permeiam as relações interpessoais, dentre eles o medo de "enfrentar a equipe", muitas vezes recorrendo a "relações domésticas" (apenas envolvendo a dimensão pessoal) para minimizá-lo, dificultando ainda mais as relações estabelecidas.

Um outro aspecto apontado, em relação ao gerenciamento da assistência, é a divisão de tarefas. Na instituição estudada, existe em forma de documento, as atribuições de cada profissional da enfermagem, como também os padrões de desempenho dessas atribuições, embora nem sempre sejam utilizados. Nesta, adota-se o "cuidado integral" na maioria dos turnos de trabalho, apenas os trabalhadores do noturno, por serem em menor número (assim o justificam) continuam desenvolvendo o "cuidado funcional". Mesmo que não abarque a instituição como um todo, este fato já representa um grande avanço, se comparado a realidade existente na maioria dos serviços de enfermagem e de saúde.

Na ampla maioria dos serviços de enfermagem, a divisão de tarefas é organizada através do modelo "funcional" de cuidados, onde cada trabalhador (a) executa apenas parte da

assistência a um mesmo paciente, separado dos demais trabalhadores, ou seja, o cuidado é compartimentalizado e fragmentado, fragmentando-se desta forma, não só o cuidado, mas o próprio sujeito do cuidado.

Pires (2000) ressalta que na enfermagem, percebe-se uma possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho com a implantação dos “cuidados integrais”, mesmo que minoritário no conjunto de trabalho da enfermagem no país. Nessa modalidade, cada trabalhador de enfermagem presta a assistência necessária aos doentes sob seus cuidados. Rompe-se, assim, com o “modelo funcional” de distribuição de tarefas do tipo taylorista, que separa concepção e execução, que dificulta o entendimento, por parte do trabalhador de enfermagem, das necessidades do doente sob seus cuidados.

De maneira geral, na instituição em estudo, os (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem ficam responsáveis pela assistência direta aos clientes, como também pela organização e conferência das salas de curativo, de medicação, rouparia, posto e expurgo. A divisão de tarefas é feita pelas (os) enfermeiras (os), com participação efetiva dos trabalhadores de nível médio, na maioria das unidades.

“acho que foi bom o que foi feito aqui na unidade, que a chefia, ela deixou aberto de nós, o nível médio, nos organizarmos e fazermos a nossa escala do dia-a-dia. Nós fazemos a escala de distribuição de tarefas, é menos uma coisa para a enfermeiro, que muitas vezes dava, até, ninguém é igual a ninguém, mas eu já fiquei naquele tal lugar ontem então não quero ficar hoje, então a gente se reúne todo o final do mês e fazemos a nossa escala. O interessante disso tudo é que ficou aberto, a chefia deixou aberto pra nós, e tem sido super positivo, isso é uma coisa bacana aqui na unidade”(Eucalipto / Tnm).

Cada trabalhador (a) de nível médio assume em média o “cuidado integral” de 5 a 6 clientes. Às (os) enfermeiras (os) cabe a supervisão da assistência, o encaminhamento de exames, pedidos de parecer, entre outros, a execução do método da assistência, a realização de alguns procedimentos técnicos mais complexos, o acompanhamento de funcionários novos, entre outros.

Pude perceber ao longo do estudo, que em todas as linhas hierárquicas existe uma autonomia relativa nas tomadas de decisão, na divisão de tarefas. Ao me referir a autonomia relativa, a entendo como um espaço de liberdade que o (a) trabalhador (a) tem para tomar suas decisões ou designar suas ações e que envolve responsabilidade e co-responsabilidade em relação ao trabalho realizado, porém no trabalho da enfermagem esta autonomia não pode ser

integral, por ser um trabalho interdependente e coletivo, no qual estão envolvidos vários sujeitos, entre eles, o sujeito hospitalizado.

Peduzzi (2001), ressalta que, como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica. Esta é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação.

Nesse sentido, Martins; Guerra; Guedes (1998) afirmam que no trabalho em saúde o profissional pode ser interdependente, mas não independente, de modo que há um trabalho conjunto, no qual diversos profissionais desempenham o seu papel cooperando uns com os outros, exercendo cada um a sua autonomia.

Esta autonomia também se faz presente, em maior escala, principalmente em relação a equipe de trabalho do noturno, tendo em vista que as chefias estão ausentes nesse período, bem como o número de trabalhadores (as) é reduzido em relação ao diurno. Por haver um distanciamento maior em relação a supervisão das chefias, as (os) enfermeiras (os) do diurno colocam que os trabalhadores (as) do noturno, em especial as (os) enfermeiras (os), são menos cobrados nas avaliações, como também em relação às suas atribuições.

“Existe uma cobrança maior das chefias em relação aos enfermeiros do dia, por ela estar durante o dia, e as vezes no noturno existem diversos problemas e a cobrança é indireta, diferentes formas de cobrança (...)” (Jaborandi / Ea).

Esta fato relacionado a “autonomia” dos (as) trabalhadores (as) do noturno merece uma reflexão. Por que os (as) trabalhadores (as) do diurno afirmam que o noturno possui maior independência? Será que realmente esse fato acontece, ou será que o fato da chefia estar mais presente durante o dia acaba cerceando esta “autonomia relativa” que todos os (as) trabalhadores (as), em princípio devem ter e de certa forma acaba “abandonando” os trabalhadores do noturno? Qual será a autonomia que os trabalhadores desejam ter e conquistar?

Acredito que alguns desses questionamentos serão respondidos ao longo do estudo, através das discussões e das falas dos participantes, outros poderão não ser respondidos, mas servem como reflexão para clarearmos que tipo de relações estamos propondo em nosso cotidiano de trabalho e que formas estamos buscando para modificá-las.

Para finalizar, percebi que tanto as chefias como os (as) trabalhadores (as) de nível médio reconhecem a dimensão gerencial no trabalho da (o) enfermeira (o) assistencial, mais que isso, desejam que as (os) enfermeiras (os) assumam efetivamente suas atividades gerenciais e as desenvolvam participativamente. Entendem que a (o) enfermeira (o) deva ser o elo de ligação e a representante entre a equipe de turno, chefia e demais serviços (serviços de apoio/ serviço médico/ outros). Mas infelizmente, o que muitas vezes tem acontecido é que não existe o reconhecimento das atividades gerenciais do turno de trabalho, nem num sentido mais amplo da dimensão gerencial como inerente ao trabalho, por parte das (os) enfermeiras (os) assistenciais.

Estilos de Liderança

Na discussão acerca dos diversos estilos de liderança apontados por Moscovici (1998), pude perceber a grande influência que o estilo pessoal exerce no desenvolvimento da atividade gerencial. Os diferentes estilos de liderança são definidos pela autora de acordo com a ênfase maior ou menor que cada um deles dá ao “fator trabalho” e ao “fator humano”, o que define a linha de atuação democrática (na busca de conciliação entre esses fatores) ou autocrática (no privilégio de um deles em detrimento do outro). Na linha democrática aponta o estilo participativo, consultivo e omissivo e, na linha autocrática o estilo paternalista, consultivo e espoliativo.

As chefias e trabalhadores (as) de nível médio percebem “o estilo pessoal”, de cada enfermeira (o), determinando a organização do trabalho. Neste sentido apontam que na forma de gerenciar o trabalho, algumas são mais flexíveis, outras (os) se omitem da tomada de decisão. Entendem como problema o fato de algumas enfermeiras (os) não conseguirem separar o lado pessoal do profissional, misturando as situações, mostrando-se parciais na coordenação do grupo, fato que aparece principalmente por ocasião da avaliação de desempenho.

“Acredito que a dificuldade seria a maneira de cobrar isso, porque às vezes entra muito a questão da amizade, então se mistura a relação, então é realmente, eu concordo que deve ser bastante difícil tu colocar isso para um colega, que tu não tá fazendo isso correto ou aquilo, eu acredito que seria por nós mesmos de entender de que ela tá fazendo um trabalho sério, e que aquela cobrança se não é feita, alguém superior vai cobrar também dela; é uma questão de cobrança um do outro. Separar o pessoal do profissional muito complicado”(Bananeira / Tnm).

“A questão da amizade fora do hospital, alguns pensam que essa coisa interfere, isso interfere até na hora de cobrar da pessoa algo relacionado ao trabalho, por ser amigo às vezes tu não chamas atenção”(Jabornadi / Ea).

Moscovici (1998) coloca que, dependendo da situação, o líder poderá transitar em diferentes estilos de liderança. É preciso que se tenha um estilo que mais se adeque às exigências pessoais, ao tipo de trabalho, aos trabalhadores, à instituição, enfim, um conjunto de fatores que irá determinar o estilo de liderança que será mais utilizado pelo profissional. Afirma que o líder precisa ter certa flexibilidade para usar estilos diferentes, sem chegar a extremos de incongruência, da mesma forma que atende diferentes papéis sociais, desempenhando-os com comportamentos mais ou menos adequados, resultantes de sua flexibilidade, motivação e experiência. Ressalta que nos comportamos diferentemente, de acordo com os papéis e as situações, sem deixarmos de ter consciência interna ou de sermos “nós mesmos”. A autora, ainda, coloca que na atualidade o estilo que mais tem se discutido e desenvolvido é o participativo.

“depende de pessoa pra pessoa, tem pessoas com mais desenvoltura, tem muita gente insegura, isso depende muito de cada pessoa, da “chefia” que vai estar gerenciando aquele dia”(Eucalipto / Tnm).

“é importante a gente ter essa visão de que eu posso estar passando por diversos momentos e ter diferentes estilos de liderança sem me auto-criticar”(Jaborandi / Ea).

Nesse contexto Ferraz (1990) afirma que a efetivação de uma administração participativa, relativizará o poder nas instituições, o que na Enfermagem não significa homogeneizar as funções dos níveis profissionais, porque estes guardam, na sua definição, o grau de formação específica. Ressalta a necessidade de se pensar em um modelo de administração participativo que instrumentalize a (o) enfermeira (o) a lidar com os aspectos psicossociais do trabalho.

Mendes et al (2000, p. 413) colocam que “num contexto organizacional pós-moderno, os profissionais requerem espaço sobre suas ações e suas vidas. A eticidade exige a aceitabilidade do foro íntimo e isto é um requisito singular da sociedade atual: a sociedade do conhecimento, na qual as pessoas devem saber ser autônomas, ter auto-decisão e valorizar os princípios da diversidade e da interdependência”.

Há que se destacar que o indivíduo é multidimensional e que em determinadas situações uma necessidade tende a sobressair em detrimento de outra. Não há na questão gerencial como o pessoal sempre se sobrepor ao profissional, até porque se espera que o gerente seja um profissional capacitado, diferenciado.

Em contrapartida, Esperidião; Munari (2000), consideram que não há como desvincular a dimensão profissional da pessoal, pois interagimos na totalidade. Entendem que a pessoa reside no ser profissional, ou de forma dialética, que o profissional integra a pessoa humana que este é.

Percebo que as pessoas têm personalidades diferentes e formas diferentes de exercer a liderança, o que muitas vezes acaba confundindo as relações de trabalho. Às vezes, as pessoas confundem a questão de que ser líder tem de estar mandando e determinando. Dependendo do estilo de liderança, este pode discutir com a equipe, chegando a resultados através do consenso e da discussão em grupo. Mesmo que o (a) profissional não tenha habilidades para desenvolver a liderança, existem técnicas que podem ser aprendidas. Existem pessoas que já trazem em suas personalidades maior habilidade para exercer a liderança, no entanto, não significa dizer que estas terão melhor desempenho que outras que, ainda, não tenham esta habilidade desenvolvida.

Conforme afirma Motta, citado por Simões e Fávero (2000), atualmente acredita-se que a maioria das pessoas pode se tornar líder, pois é possível aprender as habilidades de liderança, através de ensinamentos e de experiências de vida.

Covey (apud SIMÕES; FÁVERO, 2000) refere que o aprendizado da liderança acontece através da observação de tendências, da avaliação dos sucessos e erros do passado, e da absorção das lições que a consciência e os princípios ensinam.

Dessa forma, a liderança deve ser entendida como um processo coletivo para o qual é necessária a integração de esforços individuais, buscando alcançar objetivos definidos e compartilhados pela equipe. Sendo assim, Simões; Fávero (2000) afirmam ser imprescindível a (o) enfermeira (o) reconhecer a importância e o valor de cada elemento da equipe, bem como as demandas situacionais.

Os (as) trabalhadores (as) de nível médio apontam como qualidades de um líder, a questão da flexibilidade, que tenham uma visão ampla, que sejam facilitadores das relações interpessoais na equipe, que tenham habilidade para comunicar-se, entre outras.

“Acho que é fundamental em primeiro lugar ter essa visão de amplitude, ser uma pessoa flexível, ser bastante flexível, entender as situações das pessoas e procurar

que essas pessoas se sintam bem nesse ambiente de trabalho, e todo mundo seja coeso” (...) (Roseira / Tnm).

“Eu acho também que tem pessoas que tem o dom de comandar, assim com disciplina, com carinho, com organização e muitas vezes o tempo modela as pessoas, a experiência é muito importante”(Amoreira / Tnm).

As chefias e as (os) enfermeiras (os) assistenciais colocam suas facilidades e dificuldades em relação ao exercício da liderança:

“Se a relação interpessoal da enfermira/chefia é de confiança, sinceridade, de abertura, isso facilita muito o gerenciamento da chefia. Quando toma atitudes muito diferente da postura da chefia, omissa (laysse fair) ou autocrática, a chefia acaba tendo que amenizar as situações criadas, os conflitos (Cerejeira / Ec).

“As vezes você toma uma conduta perante a equipe, aí a chefia chega e não te dá esse respaldo perante a equipe, por existir o protecionismo, se ela acha que estava errada a minha conduta, ela tinha que primeiro vir falar comigo pra depois falar com a equipe” (Cedro / Ea).

Na enfermagem, é possível afirmar que, em geral o estilo pessoal vem determinando o estilo de liderança a ser adotado pelo profissional. Situação esta, que muitas vezes gera conflitos nas relações interpessoais da equipe, confundindo o plano profissional e pessoal, resultando em parcialidade nas tomadas de decisão, nos processos avaliativos, bem como, em dificuldades no processo comunicacional. Nesse sentido, torna-se necessário buscar espaços de instrumentalização, para que esse líder possa se desenvolver. Esses espaços podem e devem ser buscados tanto no nível individual, através de capacitações e atualizações, como também no coletivo, através dos programas a serem criados ou redimensionados pelo órgão responsável pela educação no trabalho existente na instituição.

Por considerar a liderança uma atividade inerente ao desempenho da (o) enfermeira (o) e acreditar que esta (e) deva ser um agente de mudanças, é que considero importante buscar novos conhecimentos, bem como, permitir-se uma transformação pessoal e profissional, no sentido de aprimorar suas habilidades gerenciais, educativas e relacionais.

O Processo Avaliativo

Acredito que o processo avaliativo deva ocorrer de forma participativa e reflexiva, onde avaliador e avaliado possam trocar idéias, experiências e ambos crescerem com esse momento. Deve contribuir para tornar o trabalhador, um (a) profissional mais seguro, crítico e co-responsável em seu processo de trabalho.

Nesse contexto Silva; Pereira; Benko (1989), afirmam que o processo avaliativo deve oportunizar crescimento e condições de participação efetiva de todos os membros da organização, é uma forma de cada um dos funcionários se ver participante de um processo que tem grande significado para si mesmo e para a instituição.

Em relação ao processo avaliativo, os (as) trabalhadores (as) consideram este fundamental para o crescimento pessoal e profissional, porém em algumas ocasiões afirmam não ocorrer de maneira efetiva. Alguns trabalhadores queixam-se quando o processo avaliativo não ocorre de maneira clara e participativa, colocam que, muitas vezes, os avaliadores (enfermeiras (os) e/ou chefias) não abrem espaços para discussões, já trazendo o instrumento de avaliação preenchido.

“As avaliações também são importantes, a gente faz aqui duas por ano, que é bem importante cada item discutir com a pessoa, no que a gente pode melhorar, por que é mais fácil tu resolver as coisas assim cedo, do que deixar por ex. um problema desse ano para o ano que vem; aí complica muito mais. As vezes, é uma coisa que tu já melhorou, aí vai ser tocado” (Amexeira / Tnm).

“(...) que bom seria se sempre que fosse feita aquela avaliação, sempre desse certo, porque das outras vezes foram feitas avaliações e eu não estava de acordo, a impressão que eu tinha que ao invés de sair positivo, saía mais pro negativo, ao invés de eu me sentir melhor, eu me sentia pior, porque a impressão que eu tinha é que eu tinha melhorado (Bananeira / Tnm).

Considero que dessa forma, o processo avaliativo perde seu sentido, que é o de propiciar ao (a) trabalhador (a) o conhecimento de suas dificuldades, fragilidades, para assim, poder buscar formas de desenvolver suas potencialidades, tornando-se um profissional mais autônomo e criativo em relação ao desempenho de suas atividades. Deve ser considerado um espaço de comunicação, para ouvir o trabalhador e demonstrar-lhe o interesse real que se tem no seu desenvolvimento.

Apesar de ser um aspecto intrínseco na vida das pessoas, quando passa a ser sistematizada e institucionalizada traz receios e preocupações a avaliados e avaliadores, devido às conseqüências que poderá ocasionar para ambas as partes. No entanto, o

estabelecimento de um processo confiável de avaliação de desempenho permite que a organização e indivíduo atinjam os objetivos pré-determinados.

Em geral, na ocasião da avaliação, a questão do conflito está presente, conforme apontado pelas (os) enfermeiras (os) nas discussões dos encontros. Muitas vezes a chefia ou a (o) enfermeira (o) de turno não avaliam para não serem avaliadas (os), pois a partir do momento que “sentam” para efetivar o processo avaliativo, poderão “ouvir” questões que não lhes agradam. Dessa forma não se dispõem ao enfrentamento e nem se sentem preparadas (os) para receber críticas. O processo avaliativo acaba ocorrendo mecanicamente, apenas para cumprir um requisito institucional.

“Em relação a percepção das chefias quanto ao processo avaliativo, estávamos falando das angústias que a enfermeira tem , quanta coisa que nos é exigido, e se a gente não dá conta disso! Se não há uma avaliação sistemática como é difícil superar e atingir isso que elas estão esperando, isso acaba gerando insegurança no profissional” (João-Bolão / Ea).

“Irregularidades nas avaliações” (Canela / Ea).

Nessa perspectiva, Silva; Pereira; Benko (1989) apontam que a avaliação de desempenho auxilia na identificação do nível de desempenho de cada funcionário, dando o diagnóstico de uma situação local, fornecendo assim informações importantes sobre as necessidades de capacitações e aperfeiçoamento de cada área ou grupo funcional. Auxilia o avaliado a minimizar suas dificuldades, aproveitando suas potencialidades e reforçando sua segurança no ambiente de trabalho. Também, através do conhecimento do seu desempenho, ele terá maior chance de se desenvolver.

Outro aspecto que interfere no processo avaliativo, está relacionado a questão da supervisão. Os (as) trabalhadores (os) de nível médio colocam que as (os) enfermeiras (os) estão distanciadas da supervisão da assistência e da equipe de trabalho, por diversos fatores, como a realização do método da assistência, considerado por muitos uma atividade burocrática, as atividades relacionadas à organização do setor, como pedidos de material, consertos, entre outros ou ainda os encaminhamentos relacionados à clientela, como solicitação de exames. Dessa forma, que argumentos terão para “sentar” e discutir com os trabalhadores aspectos relacionados as suas deficiências e potencialidades?

“Não fazer a avaliação interfere de forma negativa, e quando fazem, de forma positiva” (Amoreira / Tnm).

“O processo avaliativo tem que ser no momento senão a gente perde, tendo que ter capacidade de fazer o trabalho sem ser supervisionada” (Roseira / Tnm).

De acordo com que afirmam Silva; Pereira; Benko (1989), a necessidade natural de avaliar está constatemente se manifestando, já que de maneira empírica ou sistemática, procuramos conhecer a nós mesmos e aqueles com quem convivemos. Há, portanto, necessidade dos enfermeiros assistenciais se comprometerem de forma mais efetiva com o processo avaliativo, que é um dos componentes da atividade gerencial que cabem ao enfermeiro (a).

Comunicação

Considero a comunicação como um aspecto inerente ao comportamento humano, estando presente nas diversas relações que são estabelecidas, porém nem sempre acontece da forma que se pretende, muitas vezes levando a resultados indesejáveis.

Todo o processo de trabalho pressupõe alguma forma de comunicação como veículo imprescindível para a realização plena do sujeito que opera a ação. No caso do trabalho em saúde, geralmente, um dos elementos desse processo é um outro sujeito, portanto, mais notável se torna o caráter imprescindível da comunicação plena, pois ao contrário, ambos os sujeitos desse processo tornam-se infelizes e a ação é deficiente para ambos (FARIA, 1999)

É possível afirmar, que a falta de uma efetiva comunicação está presente há muito tempo, não só entre a equipe de enfermagem, mas também entre a equipe de saúde.

Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000) percebem que entre as enfermeiras, a comunicação vem ocorrendo, quase que essencialmente, durante as passagens de plantão, sendo estas realizadas de forma rápida, com ênfase na transmissão de informações relativas a pacientes com determinadas solicitações, problemas e particularidades que, supostamente, requeiram cuidados especiais e que exijam um maior controle.

A questão da comunicação aparece como uma fragilidade apontada pelos sujeitos do estudo. Muitas dificuldades são percebidas em relação ao fluxo de comunicação e ao repasse de informações, principalmente pelos trabalhadores (as) de nível médio que se queixam das (os) enfermeiras (os) assistenciais e das chefias que tomam decisões, discutem assuntos importantes em reuniões e, de modo geral, não trazem retorno para eles.

No entanto, as (os) enfermeiras (os) assistenciais também queixam-se em relação ao não repasse das informações por parte das chefias.

Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000, p.474) ressaltam que através da comunicação o ser humano manifesta o que se passa na vida interior, transmitindo seus sentimentos, pensamentos, esclarecendo, interagindo e conhecendo o que os outros sentem e pensam e, desta forma, consegue ampliar os seus conhecimentos, tornando-se capaz de transformar a si mesmo e a realidade. Desse modo, podemos afirmar que a comunicação é um processo imprescindível em qualquer organização que vise a realização de ações coordenadas em seus diferentes níveis.

As reuniões, que considero tão importantes para organizar, planejar e discutir vários aspectos relacionados ao cotidiano de trabalho, acabam sendo apontadas, pejorativamente, como “fuga ao trabalho”, não sendo consideradas de forma adequada.

“Eu queria falar sobre essa questão da reunião, as vezes eu acho que pra chefia a palavra reunião é uma forma de simbolizar a seqüência de afastamentos, porque tem chefias que independente de não ter reunião elas estão sempre fora do setor, então a gente usa a palavra reunião como uma forma de retratar a não permanência da chefia no setor” (Serigueira / Ea).

Mas, por outro lado, tanto os (as) trabalhadores (as) de nível médio, como as enfermeiras, reconhecem a importância das mesmas. Isto porquê, as reuniões podem ser importantes espaços de comunicação, favorecendo o intercâmbio de idéias, contribuindo para aproximar as pessoas, sendo um espaço de resolução de conflitos.

Assim, também, Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000, p.472) afirmam que há um certo grau de insatisfação manifestada por muitos profissionais de enfermagem com a inexistência de reuniões periódicas em sua unidade, para discutir, planejar e avaliar o trabalho por eles realizado. Sua ocorrência vem se dando, geralmente, quando são detectados problemas que, por sua gravidade e urgência podem comprometer a realização, ainda que precária, da assistência, não permitindo espaço para o diálogo, sugestões e trocas de experiência, apresentando, na maioria das vezes, um caráter autocrático, depreciativo do trabalho realizado e de intensa cobrança.

Os (as) trabalhadores (as) de nível médio queixam-se em relação a falta de informações, no que se refere a readequação de rotinas, medicamentos novos desconhecendo suas ações e com isso sentem-se inseguros em relação a assistência.

“há muita falta de informação entre toda a equipe, por ex. tem certas coisas, entra certos medicamentos novos e às vezes a gente fica com dificuldade até na diluição, vai procurar no DEF⁷ e não encontra, então a gente tem que se dirigir para um colega, e às vezes a gente se sente constrangido” (Roseira / Tnm).

“Os técnicos querem saber o que foi discutido nas reuniões, eles querem respostas e a gente não tem resposta pela ausência do profissional da chefia do setor; quando são colocados alguns informes da reunião fica tão distante que a gente perde o fio da meada, as vezes não se sabe em que nível foi feita a discussão, perde-se a noção do todo” (Canela / Ea).

Outro aspecto evidenciado em relação a comunicação, foi em relação as reuniões de turno. Os (as) trabalhadores (as) de nível médio demonstram a necessidade de possuírem um espaço próprio para discutirem questões relativas ao turno de trabalho, as suas relações de trabalho, enfim, um espaço de participação.

Considero a reunião de turno um espaço importante, que possibilita a interação e comunicação da equipe, a reorganização, bem como, o remanejamento do trabalho. Quando se realiza uma reunião de turno, como dizem os (as) funcionários (as), “lava-se a roupa suja”, ou seja, limpa-se a área e então são definidas novas diretrizes. Além disso, é um espaço propício para buscar junto a equipe novas formas de organizar o trabalho, como também firmar um espaço formal de participação.

“Ontem eles me comentaram isso, tinha o questionário do Cepen para levantar e eu tava levantando com eles, eles colocaram a gente está precisando fazer uma reunião de turno pra dar uma lavada de roupa, sem chefia só nós” (Seringueira / Ea).

Percebo que este espaço não está sendo ocupado pelas (os) enfermeiras (os). Esta é uma atividade gerencial e as (os) enfermeiras (os) devem se colocar como facilitadoras desse processo e também propiciar esses espaços.

Cecílio (1997, p.38) afirma que se têm procurado implementar novas formas de gestão nos hospitais, que sejam facilitadoras da comunicação entre as várias categorias profissionais, entre as várias unidades de trabalho e entre as direções superiores e intermediárias e as “bases”, visando à criação de um clima organizacional mais solidário e profissional, no intuito de, em última instância, melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário.

⁷ DEF- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.

Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000), ressaltam que por meio de uma comunicação eficiente, a equipe de enfermagem pode conseguir subsídios para planejar melhor a assistência aos clientes e organizar o ambiente de trabalho para alcançar o mais adequado funcionamento possível da unidade, garantindo, dessa forma, a qualidade da assistência prestada.

Acredito que, quando a comunicação se estabelece de forma eficiente, torna-se um importante instrumento para melhorar as relações interpessoais no cotidiano de trabalho, não apenas entre a equipe de enfermagem, mas também em toda a equipe de saúde. Dessa forma, as enfermeiras têm de se apropriar também desse instrumento para ultrapassarem as dificuldades que apresentam em relação a atividade gerencial, principalmente no que se refere ao gerenciamento das relações interpessoais.

6.2 Dimensão Assistencial

O modelo assistencial vigente na maioria das instituições da saúde, como também nos serviços de enfermagem, está pautado nas sólidas bases do modelo biomédico, que até os dias atuais se constitui hegemônico.

Conforme afirma Carraro (2001), os rumos na área da saúde levaram a Enfermagem a adotar o modelo biomédico, o qual permeia sua prática até os dias atuais, determinando um distanciamento de suas metas originais, passando a existir centrado na prescrição médica. No entanto, podemos perceber que este modelo não responde mais às necessidades do ser humano na vivência do processo saúde/doença. Ele não quer mais ser visto em pedaços, mas sim, como um ser singular, integral, indivisível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações.

A autora, afirma ainda, que no momento em que a Enfermagem voltar-se para seus modelos de assistência e assumir sua essência, será uma profissão que responderá às necessidades do ser humano.

Na dimensão assistencial abordo aspectos relativos ao método de assistência de enfermagem, o cuidado direto ao sujeito hospitalizado, como também as condições de trabalho e as relações que se estabelecem entre sujeito trabalhador e sujeito hospitalizado.

Método de Assistência de Enfermagem

Entendo o Método de Assistência de Enfermagem (MAE) como um caminho que direciona as ações de enfermagem, para assim poder planejá-las de forma mais organizada e

contribuindo com a qualidade da assistência prestada. Acredito que o Método de Assistência de Enfermagem atinge seu valor maior quando executado de forma participativa entre os integrantes da equipe de enfermagem.

Segundo Westphalen; Carraro (2001, p.20) a metodologia de assistência de enfermagem deve

proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem, além de ter um método de registro das ações, fato que contribui para sua continuidade e visibilidade. É importante ter clareza de que cada integrante da equipe de enfermagem participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico e importante para o desenvolvimento da assistência como um todo.

Dessa forma, o MAE se constitui num importante instrumento para a organização do trabalho da enfermagem. No entanto, na realidade brasileira, ainda poucas instituições o adotam. Este fato impede que discussões mais amplas, contemplando diferentes realidades, aconteçam, empobrecendo, de certa forma, os avanços em torno deste tema.

Entretanto, na instituição em estudo, desde sua abertura em 1980, as enfermeiras (os) assistenciais, têm como atividade inerente ao seu cotidiano de trabalho a realização do Método de Assistência de Enfermagem (MAE), o que se constitui num diferencial importante para a enfermagem da instituição, mediante a realidade brasileira.

Na instituição estudada, o método de assistência baseia-se no prontuário orientado para o problema idealizado por Weed, e adota como marco de referência a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, bem como a implementação de algumas das etapas do processo de enfermagem proposto pela autora, quais sejam: o histórico de enfermagem, a lista de problemas, a evolução diária e a prescrição de enfermagem.

De acordo com Leopardi (1991, 47), quando fala-se em Método de Assistência de Enfermagem, fala-se de

um modo peculiar de organizar e pensar ações, modo operacional que não é próprio de todos os trabalhadores da enfermagem, mas somente do enfermeiro. Isto revela que o ato de cuidar não inclui necessariamente o ato de pensar, no modo como está organizado o trabalho da enfermagem, em sua condição de trabalho cooperativo hierarquizado e heterogêneo quanto a seus trabalhadores. O Método de Assistência de Enfermagem se revela como uma tecnologia que determina a estruturação do trabalho.

Assim é que o Método de Assistência de Enfermagem vem sendo utilizado, rigorosamente, para conduzir uma organização da assistência prestada, dentro de uma lógica

que não se dá apenas na relação entre os (as) trabalhadores (as) de enfermagem ou entre a enfermagem e os pacientes, pois o sistema de prontuário segundo o modelo Weed define uma organização do trabalho em si. Todos (as) os (as) trabalhadores (as) se norteiam pelo mesmo objetivo - executar atividades que possam satisfazer as necessidades humanas básicas, as quais são compreendidas como problemas que a enfermagem possa resolver (LEOPARDI, 1991).

A percepção dos (as) trabalhadores (as) de nível médio, em relação ao MAE, muitas vezes mostra-se contraditória. Por um lado apontam o MAE, ou a atividade burocrática como o denominam, como sendo o maior responsável pelo afastamento das (os) enfermeiras (os) do cuidado direto ao paciente, do acompanhamento junto aos (as) funcionários (as), da supervisão.

“essa parte burocrática que dificulta situações como o acompanhamento, eu acho que isso é muito importante” (Roseira / Tnm).

“Às vezes certas pessoas questionam, não necessariamente na minha clínica, mas há um certo questionamento, que os enfermeiros ficam mais na parte da metodologia, porque é tanta coisa pra passar, o histórico né” (Bananeira / Tnm).

No entanto, as (os) enfermeiras (os) afirmam que os trabalhadores de nível médio reconhecem a “burocracia”(realização do MAE) também como fundamental para a organização do trabalho, do turno. Este reconhecimento em relação ao MAE ocorre quando a enfermeira consegue integrar a questão administrativa com a assistência, conseguindo dessa forma organizar o trabalho durante o turno.

“Os trabalhadores de nível médio precisam perceber que a enfermeira é organizada, que dá conta do serviço, que apesar de tanta coisa burocrática, eles tem essa diferenciação pra eles a coisa burocrática não é tão importante, mas se o enfermeiro consegue dar conta de toda a coisa administrativa e consegue integrar isso a assistência (pra eles tem essa dicotomia) aí esse enfermeiro é organizado e isso pra eles é muito importante. As vezes o NM tem a visão de que tu estás só escrevendo que é para não tocar no paciente, vai muito de como a enfermeira esclarece e valoriza a questão da metodologia”(Grupo-3).

Como enfermeira inserida no contexto da instituição em estudo, acredito que uma das razões que leva os (as) trabalhadores (as) de nível médio a criticarem o MAE, se refere ao fato

de não serem reconhecidos em relação a contribuição que efetivamente dão a este, ao desenvolverem as “observações complementares”⁸. Queixam-se que as (os) enfermeiras (os) apropriam-se de seus “saberes”, sem ao menos mencioná-los ou referendá-los em suas evoluções diárias registradas no prontuário. Demonstram indignação, quando no momento da alta do paciente, estas observações complementares, tão utilizadas pelas enfermeiras para “complementar” o registro da evolução diária dos pacientes, tem destino certo – a lixeira.

Em sua tese, Leopardi (1991, p.133) já afirmava que

“os agentes que são responsáveis pela execução das prescrições parecem aceitar o MAE em suas funções organizativas e defendem sua utilização como forma de realizar um trabalho diferenciado do que fizeram ou fazem em outros hospitais; diferenciado no sentido de ser mais qualificado e humanizado, porém reclamam que só o trabalho do enfermeiro aparece no prontuário, ou que ele fica mais ligado à burocracia que ao paciente”.

Essa percepção apontada por Leopardi ainda não foi superada no cotidiano da instituição e deve ser enfrentada por toda a equipe. Apesar de não ter sido expressada, de forma clara, pelos sujeitos dessa pesquisa, trata-se de um sentimento que está presente na maioria dos trabalhadores.

Nesse sentido, algumas (uns) enfermeiras (os) demonstram-se orgulhosas por trabalhar numa instituição que possui um MAE definido, apontam como destaque em relação a outras instituições.

“Mas isso tudo está baseado na filosofia da instituição, senão nós vamos ser iguais a outros hospitais, outras instituições de saúde que só fazem, mas não tem uma metodologia, não unem a teoria com a prática” (Pitangueira / Ea).

Segundo Castrillón (1997), o processo de enfermagem é um dos instrumentos disponíveis para qualificar o trabalho da enfermagem. Ressalta que no contexto latino-americano, onde a presença quantitativa de profissionais de enfermagem é precária, é difícil, para não dizer impossível, aplicar este processo em todos os pacientes ou usuários de um serviço. Assim, dispor de uma MAE implementada, por si só já é um diferencial da instituição

⁸ As observações complementares fazem parte dos “padrões de registro” da DE, sendo realizadas diariamente, em cada turno de trabalho, pelos trabalhadores de nível médio. Nestas, são registrados os dados acerca da evolução de cada paciente, que estes trabalhadores prestam cuidados.

e demonstra um contexto privilegiado, pelo menos do ponto de vista quantitativo, se comparada com a realidade das demais instituições hospitalares da região.

Algumas fragilidades são apontadas pelas (os) enfermeiras (os) em relação ao Método de Assistência de Enfermagem, ressaltam que atualmente não denota todo o trabalho desenvolvido pela enfermagem, gerando sentimentos de frustrações. Colocam que os dados registrados no prontuário não preenchem todo o processo de trabalho de fato, não demonstram várias atividades que são realizadas, principalmente no que se refere às orientações, as questões subjetivas presentes no cotidiano.

“a expectativa era de que a enfermagem do HU fosse toda organizada. Tinha uma metodologia, então isso era uma coisa que estimulava. A realidade começa a mostrar que a metodologia não atende toda a enfermagem, então isso começa a te frustrar. Os dados não preenchem todo o serviço de fato, quem fez, quem não fez aquele serviço. Achamos que o prontuário não demonstra o que a enfermagem faz. Talvez o erro seja não registrar o que a equipe fez por aquele paciente. Temos a expectativa de que um dia o prontuário aponte, mostre o cuidado que é feito com aquele paciente, toda a questão subjetiva, orientações” (Cedro/Ea).

Este fato apontado por Cedro leva a refletir porque o MAE não evidencia o trabalho da enfermagem. Será que esta dificuldade é mesmo de registro, ou denota a visão, o modelo que a enfermagem adota para prestar os cuidados ao sujeito hospitalizado? Talvez ambos precisem ser repensados.

Nesse contexto Leopardi (1991) aponta como fragilidade o MAE, afirmando que ao imaginar a priori um conjunto de possíveis necessidades, como prescreve a proposta de Horta e tentar encaixar aquilo que o paciente apresenta, se torna o mesmo tipo de padronização que o modelo anátomo-patológico define para o trabalho médico, quando este prescreve um remédio para um determinado tipo de sintoma. O que deveria individualizar o cuidado se torna uma norma, modelo geral que orienta todas as prescrições da enfermagem na instituição. Dessa forma, fica cada vez mais distante a possibilidade de atendimento ao indivíduo como um todo, porque abstrai a necessidade do indivíduo que é portador dela. Nesse sentido, afirma que a proposta do Método de Assistência de Enfermagem de atender a integralidade da pessoa, não ocorre efetivamente.

Outro aspecto levantado é o fato de que em algumas unidades, existe um instrumento impresso (pronto)⁹ para o preenchimento do histórico e da prescrição de enfermagem. A adoção desse instrumento foi considerada um fato positivo, já que poderia agilizar a execução do histórico, principalmente.

No entanto, na atualidade, esse fato está prejudicando e diminuindo a interação da (o) enfermeira (o) com o paciente.

“(...) a questão do nosso histórico (versão impressa), diminuiu bastante a interação com o paciente, hoje tu vais lá preenche os quadrados. Na época essa proposta era porque queríamos uma coisa mais ágil, objetiva, hoje o ágil e objetivo tornou-se negativo, distante porque tu não tens mais aquela interação” (Cedro/ Ea).

Algumas (uns) enfermeiras (os) colocam que não apresentam essa dificuldade em relação a realização do histórico, pois acreditam que a interação com o paciente não pode se restringir ao momento do histórico, nem somente ao instrumento em si.

“Eu não vejo essa dificuldade, eu acho que o que tá acontecendo é que tão se grudando demais no papel preenchido, por que quando eu vou fazer um histórico eu não levo aquele papel, eu vou fazer meu histórico normal, faço o exame físico, converso e coloco tudo na minha folha (...)” (Serigueira / Ea).

Acredito que essa contradição em relação ao MAE, está intimamente relacionada a crença na importância de se ter um método de assistência para organizar o trabalho. Quando o profissional consegue propiciar a interação e uma coleta de dados de maneira abrangente, torna-se possível, mesmo que o instrumento seja algo limitado, ir além deste, buscando dados que dêem subsídios para planejar uma assistência adequada e de qualidade. Existem formas para a enfermeira obter isso, como uma boa interação com o paciente, com seus familiares e também com a equipe de trabalho no planejamento das ações, pois ao contrário, o desenvolvimento do MAE torna-se realmente um ato mecânico e isolado.

⁹ A versão impressa do histórico de enfermagem surgiu a partir de uma pesquisa realizada em 1997, elaborado por uma enfermeira da instituição, para atender as reivindicações das enfermeiras das clínicas médicas, principalmente em relação ao tempo de execução do histórico, na tentativa de “poupar tempo”. Essa versão foi colocada em teste nas referidas clínicas, após sua validação foi reformulada, a partir de sugestões apresentadas e, a seguir, aprovada. Vale ressaltar, que mesmo após a aprovação desse instrumento, as enfermeiras têm a liberdade de optar ou pela “versão impressa”, ou pela “versão ampliada” e institucionalizada seguindo o modelo proposto por Wanda Horta.

Nos últimos anos muitas discussões tem ocorrido em torno desse tema na instituição, com a contribuição do nível acadêmico. Com a preocupação de o Método de Assistência de Enfermagem não se tornar um “fim em si mesmo”, têm surgido alguns debates, no sentido de ampliar e/ou modificar o método de assistência utilizado pela enfermagem.

Nessa perspectiva, Leopardi (1991) afirma que o processo de trabalho com o MAE é, de certa forma, revestido de um caráter idealizado, com explicações para o ato de assistir como se fosse o real, tornando um fetiche, cheio de regras supra-sensíveis e independentes da própria prática. Por isso corre o risco de tornar-se a própria finalidade do trabalho e não um meio e portanto ser considerada apenas uma burocracia, principalmente para os trabalhadores de nível médio.

Diante de alguns problemas relevantes em relação ao MAE, que estão presentes também nas falas dos sujeitos deste estudo, a Diretoria de Enfermagem na gestão 2000-2004, reiniciou algumas discussões que já vinham acontecendo no cenário institucional, através da formação de um grupo de trabalho para discutir questões relativas à assistência. Este grupo, em parceria com o Grupo “Práxis”¹⁰ e com os docentes do departamento de enfermagem/UFSC, vem discutindo algumas possibilidades de mudanças em relação ao MAE, bem como do marco referencial que o norteia, no sentido de clarear todo este processo para toda a equipe de enfermagem, já que até o momento apenas as (os) enfermeiras (os) detêm o conhecimento em relação a este. Esta é uma questão sentida pelos sujeitos e expressada por Cedro:

“Fala-se em cuidado integral mas a prescrição, o histórico é tudo centralizado no enfermeiro, e o restante da equipe de enfermagem que participa ativamente do cuidado, às vezes tem dados que você não tem” (Cedro / Ea).

Leopardi (1991) coaduna-se a essa necessidade de instrumentalizar toda a equipe em relação ao MAE como um todo, senão estes continuarão executando mecanicamente as ações prescritas, mantendo a distância entre a concepção e execução do trabalho da enfermagem.

Este fato não pode mais ser aceito diante das pressuposições da sociedade pós-moderna, que propõe maior autonomia aos trabalhadores e participação ativa destes em todas as fases do processo de trabalho.

¹⁰ Grupo Práxis- núcleo de estudos sobre saúde, trabalho e cidadania, vinculado ao departamento de enfermagem a ao programa de pós-graduação da UFSC, tem entre seus objetivos o estudo do processo de trabalho, destacando-se neste trabalho junto à instituição estudada, no aprofundamento e reflexão acerca de instrumentos de trabalho, em especial, o MAE.

Considero este momento de reinício das discussões muito oportuno, pois em 2000 teve início o projeto de informatização na instituição, que em breve incluirá todo o processo de enfermagem. Nesse sentido, os (as) profissionais envolvidos terão que centrar forças para que as modificações necessárias em relação ao MAE aconteçam antes da informatização do mesmo, como também envolver a participação de todos os trabalhadores de enfermagem, para que tornem-se co-responsáveis nesse processo de mudança.

Cuidado Direto ao Sujeito Hospitalizado

O cuidado direto ao sujeito hospitalizado, conforme apontado anteriormente, é a maior, ou talvez, a única referência para o trabalho da enfermagem reconhecida de forma efetiva pelos (as) trabalhadores (as). Desde a formação os (as) profissionais são direcionados para atividades assistenciais, muitas vezes não reconhecendo outras atividades, tão quanto importantes (gerenciais, educativas) como inerentes ao cotidiano de trabalho.

Também sob esse aspecto, Capella (1998, p. 114) afirma que ainda hoje, apesar de todas as evidências apontadas pela estrutura econômico-social, esses trabalhadores (em especial as enfermeiras) ainda insistem em que seu trabalho deveria ser só assistência direta. Mas o que nos mostra a realidade objetiva é que a atividade principal exercida pelos enfermeiros é a organização da assistência, cabendo aos demais membros da equipe de enfermagem as execuções das prescrições, a partir da organização dessa assistência.

Parece que, para ser valorizada e legitimada, entre outros aspectos, a enfermagem necessita ampliar esse conceito de assistência, como se as áreas administrativa e burocrática fossem uma atividade de menor prestígio, negando-se a ver que o trabalho administrativo tem características próprias, objetos e instrumentos diferentes daqueles do cuidado em si, e, por isso mesmo, necessitando também ser incorporado ao trabalho do enfermeiro (CAPELLA, 1998).

Em relação ao cuidado direto ao paciente, os (as) trabalhadores (as) de nível médio apontam como fragilidade o fato das (os) enfermeiras (os) estarem distantes dessa atividade. Colocam que este distanciamento ocorre em função das atividades “burocráticas” e, por problemas que tem que ser resolvidos com outros serviços, principalmente os serviços de apoio.

“Eu acho que a enfermeira deveria estar mais presente no cuidado ao paciente. A gente sente que as enfermeiras estão mais afastadas do paciente, devido a burocracia que elas têm que resolver, os problemas que elas tem que solucionar referente a

essas coisas (Rx, exames, os cuidados pré-operatório) e o paciente fica deslocado do cuidado da enfermeira” (Pau-Brasil / Tnm).

São apontadas como atividades relacionadas ao cuidado direto ao paciente e de responsabilidade das (os) enfermeiras (os): as sondagens, a realização de curativos complexos, orientações aos pacientes, supervisão da assistência prestada pela equipe, passagem de plantão, entre outras.

Leopardi (1991) afirma que o cuidado de enfermagem aparece como resultado de um trabalho coletivo em que os profissionais põem em atuação um corpo de conhecimento, transformando em técnica para interferir no processo de saúde dos indivíduos, seja em seus aspectos mais imediatos, corporificados sob a forma de doença, seja nos seus aspectos mais mediatos, na educação para a saúde e na organização das condições para a prestação da assistência.

Outro aspecto evidenciado, diz respeito a continuidade da assistência (cuidado). Em sua maioria, os (as) trabalhadores (as) afirmam com convicção que o trabalho da enfermagem deve ter continuidade e esta deve ser de forma harmoniosa, entendendo que muitas vezes o turno de trabalho está tumultuado e algumas atividades certamente ficarão para a próxima equipe. No entanto, essa aceitação harmoniosa nem sempre acontece, gerando conflitos entre as equipes.

“Eu sempre acho que a enfermagem é uma continuidade. Se eu não conseguir limpar um paciente agora, às 7h da noite, a gente não pode deixar essas coisas passarem, por que se passar, amanhã de manhã tu já é chamado, tu já é criticado por que tu deixou um paciente assim. A gente não tem continuidade, apesar de trabalhar num setor que a gente não prevê as coisas. E a chefia que deve de ver essa parte, os enfermeiros também” (Macieira / Tnm).

Para se desenvolver um trabalho de qualidade e que tenha continuidade, é necessário saber pedir e oferecer ajuda aos companheiros de trabalho. Nesse sentido, Leopardi et al (2001) colocam que a ajuda é reconhecida como inerente ao trabalho em equipe, ao trabalho na instituição. Há situações em que se deve pedir ajuda, oferecer ajuda, estar presente para ajudar, evitar pedir ajuda para não tirar o outro de um trabalho importante, reconhecer quando é necessário pedir e dar ajuda.

Em relação a passagem de plantão, o que se percebe é que existem variações, dependendo da unidade, ocorre de forma diferente. Em algumas unidades, como no centro de

terapia intensiva, na internação pediátrica, a passagem de plantão acontece à “beira do leito”, com participação efetiva de toda a equipe; em outras unidades, os (as) trabalhadores (as) de nível médio são responsáveis pela passagem de plantão e as (os) enfermeiras (os) complementam. No entanto, na maioria das unidades a passagem de plantão, conforme institucionalizada, ocorre em sala apropriada, sendo coordenada e realizada pelas (os) enfermeiras (os), com participação dos (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem.

“A gente tem uma dificuldade porque a gente passa o plantão nos leitos, a gente vai de quarto em quarto passando o plantão, até é uma coisa que a gente tá pensando como fazer porque tem os dois lados, por uma lado já conhece o paciente, apesar de nem sempre estar no quarto, e daí tu não podes falar coisas na frente, as vezes a gente não se toca do que tá dizendo na frente dos pais e cria um situação complicada” (Jaborandi / Ea).

“Na emergência essa coisa da passagem de plantão é meio complicado pela característica do setor, normalmente quem fica é a enfermeira com a equipe que está chegando, os demais da equipe ficam na assistência porque a emergência não pára nunca” (Seringueira / Ea).

Em relação a supervisão da assistência, os (as) trabalhadores (as) de nível médio queixam-se da ausência desta por parte das enfermeiras. Ressaltam que se envolvem muito em outras atividades, como apontado anteriormente, ficando muito distantes do cuidado que é prestado ao paciente e consequentemente da supervisão.

“na assistência, no período que eu tô, no período vespertino a gente, é raro a enfermeira tá junto com a gente na assistência, eu acho que elas poderiam, principalmente, os cuidados do paciente que vem pós-cirúrgico, elas deveriam estar mais junto e não tão, elas recebem o telefonema, passam pra nós os dados do paciente e a gente resolve o resto dali em diante” (Pau-Brasil / Tnm).

Dessa forma, os (as) trabalhadores (as) de nível médio acabam, muitas vezes, não tendo nenhum retorno (Feed-back) em relação ao trabalho que desenvolvem.

Gomes; Anselmo; Lunardi Filho (2000), ressaltam que o enfermeiro muitas vezes, não consegue supervisionar, de forma mais direta e contínua, o trabalho realizado e avaliar seu resultado. Essas situações, possivelmente, levam a uma falta de controle do tipo, do número e da qualidade dos cuidados prestados, ficando os clientes submetidos a uma assistência

considerada rotineira, porém a nosso ver, passível de ter muitos cuidados necessários e importantes, negligenciados, mesmo aqueles considerados de rotina, por não terem sido planejados e muitas vezes, nem mesmo tendo sido identificados.

Por outro lado, as (os) enfermeiras (os) colocam que para realizar a supervisão de maneira efetiva, é preciso que se sintam parte integrante da equipe, quando isto não acontece, esse processo torna-se ainda mais difícil, gerando sentimentos de insegurança, medos, entre outros.

“incorporando a enfermeira ao grupo e ela se sentir incorporada ao mesmo tempo que ela não faz a educação tem essa coisa de ela entrar e os trabalhadores continuarem trabalhando, fazendo e sem ter esse medo, esse receio de que ela está chegando, e que tá começando a olhar pra fazer supervisão. O que aparece muito também é ah eu vou te fiscalizar, vou ver como tu faz o trabalho, e é claro que às vezes a pessoa fica tão ansiosa que acaba fazendo tudo ao contrário”(João-Bolão / Ea).

Portanto é possível afirmar que para a supervisão ocorrer de forma harmoniosa e cumprir seu real papel, qual seja, oferecer ao(a) trabalhador(a) um retorno de seu trabalho (Feedback) de forma útil, para que este(a) possa buscar formas adequadas junto a equipe e a instituição, de ultrapassar suas dificuldades, é preciso que tanto as(os) enfermeiras(os), que em geral supervisionam, quanto os(as) trabalhadores(as) de nível médio que são supervisionados, convivam de forma integrada e sintam-se “incluídos” na equipe de trabalho

Condições de Trabalho

Não é desconhecido o descaso que as políticas públicas vem tratando o setor saúde. Alguns fatores denotam o sucateamento das instituições públicas de saúde, entre eles, a não realização de concursos públicos para suprir o déficit de pessoal, os longos anos sem reposição salarial, o não investimento em tecnologia de ponta, o não investimento em capacitações e atualizações para os trabalhadores em saúde, além de tantos outros.

Capella (1998, p. 62) ao se referir às condições de trabalho na enfermagem afirma que:

Há que se considerar que tanto no setor público quanto no privado, o desprestígio da enfermagem se reflete diretamente nas condições de trabalho, nas jornadas intensas, no desestímulo e quase que impossibilidade de participar de programas de atualização e aperfeiçoamento, na ausência de locais adequados para vestiários, descanso e alimentação, enfim em condições inadequadas de trabalho.(CAPELLA, 1998, p. 62)

Castrillón (1997) diferencia as condições de trabalho em intrínsecas e extrínsecas. As condições intrínsecas se referem ao trabalho propriamente dito, ao interesse intelectual que representa a tarefa, o tipo de trabalho e as possibilidades de desenvolvimento pessoal, contendo integralidade e qualificação do trabalho. As condições extrínsecas podem ser de ordem material, estar ligadas à organização ou pertencer ao nível psicossocial.

O aspecto que sobressai em relação às condições de trabalho, na instituição estudada, está relacionado ao déficit de pessoal. Por se tratar de um hospital público, está sujeito a lógica do governo federal, que há alguns anos não acena com a possibilidade de reposição de pessoal através de concursos públicos, para suprir o déficit de demissões, aposentadoria e óbitos. No nível institucional (micro) o que tem se tentado, com sérias dificuldades, são reposições através de contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mas em função da instituição não ter arrecadações vantajosas, não consegue suprir o déficit de forma satisfatória. Estes contratos são pagos através de uma fundação que gerencia a arrecadação da instituição, dessa forma ao invés da instituição utilizar os recursos arrecadados para investir em equipamentos de ponta, reformas de áreas físicas, materiais permanentes, capacitação de pessoal, entre outros, acaba tendo que direcionar grande parte desses recursos para suprir parte do déficit de pessoal.

“O que eu tenho observado, nesses 06 anos de HU, é que tem saído funcionário, principalmente efetivo, e essas peças não estão sendo preenchidas, desde a época que eu estou aqui já saiu tanta gente, também não é fácil (né) da direção conseguir pessoal contratado” (Eucalipto / Tnm).

Especificamente em relação ao déficit de enfermeiras (os), os sujeitos do estudo relatam as dificuldades encontradas:

“na unidade acaba desestruturando a equipe, esta fica acéfala, passam muitos enfermeiros num mesmo turno. Elas tem uma autonomia que não é ocupada, exercida. Não estão preparados e não executam adequadamente a metodologia” (Garapuvu / Ec).

Mesmo diante das dificuldades apresentadas, em relação ao déficit de pessoal, a instituição em estudo possui, em seu quantitativo, um número elevado de trabalhadores de enfermagem se comparado às demais instituições hospitalares, públicas ou privadas, da região. Um outro diferencial se refere ao fato de ter enfermeiras (os) nas vinte e quatro horas (24h), na maioria das unidades de internação. Essas condições vem sendo mantidas graças à

luta e ao esforço de muitos profissionais, principalmente das chefias da DE, contribuindo assim, com o fortalecimento do trabalho da enfermagem na instituição.

Outro aspecto apontado é em relação aos recursos materiais, incluindo materiais de consumo e permanente. Em relação aos materiais de consumo, a instituição conta com o trabalho da Comissão Permanente de Materiais de Assistência (CPMA)¹¹, que desenvolve um trabalho no sentido de zelar pela qualidade do material adquirido, através de pareceres técnicos, classificando os materiais de acordo com sua qualidade, haja vista que no setor público, a maioria das compras é realizada através de licitações e a lógica que rege é a do menor preço. Nem sempre é possível adquirir o material de melhor qualidade, no entanto, através do trabalho que a CPMA tem desenvolvido, apontando as “falhas” dos materiais, vários tem sido desclassificados, conforme parecer técnico emitido pelas unidades. Em relação a quantidade de materiais, cada unidade tem uma cota semanal que é controlada pela própria unidade. Diversos fatores interferem na falta desses materiais, entre eles, a falta de recursos financeiros na instituição, como também, a demora na entrega por parte dos fornecedores.

O controle desses materiais e a solicitação da cota semanal já estão informatizados, fato que trouxe benefícios para esta atividade.

Os (as) profissionais queixam-se, muitas vezes, de ter de “dar um jeito” na falta de materiais adequados, tendo que realizar improvisos, com isso ficam ansiosos e preocupados em relação a qualidade da assistência.

“a gente idealiza que vai ter sempre o material certinho, que vai tá sempre tudo bonitinho, e tu chegas lá tem que ser um artista, super criativo, por que tem horas que falta isso, o equipo não encaixa, aí tu arranja algo de outro lugar para colocar”
(Jaborandi / Ea).

Isso demonstra que mesmo com o empenho da CPMA, ainda ocorrem problemas em relação à quantidade e a qualidade dos materiais de assistência, muitos em função dos processos de licitação e da demora na entrega desses materiais.

Nesse sentido Lima Junior; Esther (2001), colocam que a falta de condições materiais e tecnológica é tida como muito desgastante, originando um sentimento de impotência ao

¹¹ A CPMA da DE/HU, conforme já apontado anteriormente, tem por finalidade coordenar o processo de planejamento, organização e controle de materiais de assistência adequado às necessidades dos serviços de enfermagem, e constituída por uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira docente do departamento de enfermagem, um trabalhador de enfermagem representante de cada divisão e uma secretária.

tentar e não conseguir aquilo de que necessitam. Obter aquilo de que se precisa depende da disposição de correr atrás e de uma certa dose de “criatividade” para economizar itens não disponíveis na quantidade suficiente, além de adaptarem materiais caros para uso em determinados procedimentos. Cabe destacar, que esse fato interfere diretamente na relação sujeito trabalhador e sujeito hospitalizado, envolvendo as múltiplas interfaces dessa relação.

Castrillón (1997) ressalta que a carência institucional em recursos materiais e humanos básicos está no fornecimento e manutenção adequada de equipamentos e na aplicação de normas técnico-científicas atualizadas, contribuindo para o desgaste laboral de todo o pessoal de saúde, deteriorando progressivamente os serviços, em especial os estatais, bem como, afetando a qualidade da assistência e submetendo a riscos permanentes os usuários.

Outra questão é a do duplo vínculo, apontada como desgastante à saúde do trabalhador e prejudicial à qualidade da assistência. Em contrapartida, a maioria dos (as) trabalhadores (as) de enfermagem possui duplo vínculo em função dos baixos salários, os quais não permitem, muitas vezes, condições dignas de sobrevivência.

“Dois ou mais vínculos empregatícios, acabam gerando cansaço, dispersão, repassando essa fragilidade para a equipe, dificultando assim a cobrança” (Garapuvu/Ec).

Nesse sentido, Capella (1998) ressalta que muitos trabalhadores da enfermagem necessitam ter dois ou mais empregos para atingirem um patamar de salário que lhes permita sobreviver. Com essa condição ou não, o fato é que o tempo livre de trabalho acaba sendo perturbado pelo estresse advindo da situação característica do próprio trabalho, no sentido de estarem os trabalhadores em permanente contato com a dor, a morte e o sofrimento.

Lima Junior; Ésther (2001), apontam que a contradição trabalhar para cuidar/tratar/curar versus trabalhar para sobreviver afeta de forma profunda a identidade do trabalhador de enfermagem. Ressaltam que o apaziguamento dessa contradição, por meio de um discurso ideológico ilustrado nos “slogans” (“a enfermagem é um sacerdócio”, “é uma profissão que exige sacrifício, devoção, generosidade”), não surte mais efeito, tendo em vista o nível de consciência que os trabalhadores adquiriram em face da deterioração das condições de trabalho e de vida, que demanda a busca de uma revalorização da profissão.

Os (as) trabalhadores (as) apontam como facilidades existentes na instituição, o fato de dispor de enfermeiros nas 24h em todas as clínicas de internação, de se ter uma carga horária

de 30h semanais, mesmo não sendo “oficial”¹² e não sendo possível em todos os meses, tendo sido um benefício conquistado, como também a aquisição de materiais de consumo de qualidade, realizados com o auxílio da CPMA.

Relações entre o Sujeito Trabalhador e Sujeito Hospitalizado

Acredito que o atendimento das necessidades do sujeito hospitalizado, bem como, as relações que se estabelecem entre este e os sujeitos trabalhadores, deve se constituir na mais importante finalidade do trabalho em saúde e em enfermagem. Porém, nem sempre é dada a esta relação sua devida importância. As relações entre os sujeitos trabalhadores e os sujeitos hospitalizados nem sempre se estabelecem numa perspectiva humanizada, que considera valores como o respeito a individualidade, a privacidade, a integridade, a cidadania, o direito à informação, entre outros. Está diretamente relacionada às condições concretas que se apresentam no cotidiano da instituição para se desenvolver uma assistência de qualidade.

Em seu trabalho desenvolvido na instituição em estudo, Capella (1998) aponta a necessidade de um atendimento igualitário e reforça a questão da qualidade da assistência ao sujeito hospitalizado, através de amplo acesso às informações sobre seu estado, respeito aos seus valores e crenças, oportunidade de uma avaliação da assistência prestada a ele, bem como, uma participação ativa na mesma, de modo que haja adequação do espaço ocupado e que o trabalho seja organizado em função dele.

Os sujeitos trabalhadores, também colocam que a finalidade (o início e o fim) do trabalho da enfermagem deve estar centrado no sujeito hospitalizado. Evidenciam que a interação com o sujeito hospitalizado deva se dar no dia-a-dia, como também a questão do conforto emocional, que consideram muito importante para a sua recuperação.

Apontam como dificuldade a interação com os pacientes no plantão noturno.

“a tua interação com o cliente de dia é muito maior do que à noite. No noturno os clientes estão cansados, eles querem dormir, não estão muito para conversa, de dia tu tens condições de trabalho muito melhores” (Seringueira / Ea).

Alguns trabalhadores (as) ressaltam a importância do respeito à privacidade do sujeito hospitalizado, de preservação de sua integridade.

¹² Os trabalhadores de enfermagem da instituição estudada, após muitas reivindicações, fazem uma jornada de trabalho que varia entre 30 a 36 horas semanais, conforme disponibilidade de pessoal em cada unidade de trabalho. Esta redução de carga horária é considerada uma bonificação.

“(...) (na instituição) é muito levado à sério a questão da integridade do paciente, da preocupação com a privacidade dele, enfim, eu sinceramente, pelo meu setor, que eu conheço, seria o local que eu colocaria qualquer paciente da minha família, tanto que eu coloquei o meu pai. Enfim, não há assim aquela preocupação com coisas bobas, com a vida dos outros”.(Bananeira / Tnm)

Lima Junior; Ésther (2001), colocam que o trabalho de cuidar impõe, por um lado, a expressão de afeto e dedicação de que se precisa dispor na relação com o paciente ao lidar com sua dor, sua dependência e sua intimidade; por outro lado esse cuidado é mediado por fatores complicadores, entre eles, o salário, fonte de sobrevivência.

Entendo que para falar em “assistência humanizada” é preciso transpor essa condição também para a dimensão gerencial, onde sejam humanizadas as relações que se estabelecem entre os gerentes e os trabalhadores, reconhecendo-os como sujeitos. Desse modo, Mendes et al (2000) afirmam ser necessário que a enfermeira, também em suas atividades gerenciais, se empenhe no sentido de reconhecer o cliente como sujeito, participando de seus esforços na luta para se libertar dos obstáculos que o limitam de viver a plenitude como sujeito. Ressaltam a necessidade de se recuperar o caminho que aponte a relação na enfermagem fundamentada na solidariedade.

6.3 Dimensão Educativa

Saliento que, a meu ver, a educação não acontece sem participação, ocorre no dia-a-dia, de diversas formas, através da interação entre educando e educador. Nessa perspectiva, Arroyo (1998) afirma que o ser humano aprendeu que o tempo de escola não é o único espaço de formação, de aprendizado e de cultura. O fenômeno educativo acontece em outros espaços e tempos sociais, em outras instituições, nas fábricas, nas igrejas e terreiros, nas famílias e empresas, na rua e nos tempos de lazer, de celebração e comemorações, no trabalho. Coloca que educar nada mais é do que humanizar, caminhar para a emancipação, a autonomia responsável, a subjetividade moral e ética.

No trabalho da enfermagem, a dimensão educativa, ainda é pouco reconhecida. Os (as) trabalhadores (as) não conseguem perceber a importância das ações educativas, tanto nas relações com os sujeitos trabalhadores (educação no trabalho), como nas relações com os sujeitos hospitalizados (educação para saúde) e nem que essas ações possam se concretizar

num efetivo instrumento para maior valorização e reconhecimento da profissão perante a sociedade

“Não tem aquele momento, ah! vou fazer educação agora. Está realmente embutida ali, porque até a nossa postura já é uma forma educativa, como a gente enfrenta os problemas é uma forma educativa perante a equipe, então toda a nossa expressão verbal ou não verbal é uma forma educativa, quando tu estas lá orientando, então eu acho que a educação a todo o momento ela está presente, na nossa família, na rua”
(Pitangueira / Ea)

Nesta categoria pretendo discutir aspectos relacionados à educação formal e a educação no trabalho.

Educação Formal

A identidade profissional se constrói, também, a partir das experiências que a educação formal oferece, através de sua imagem objetiva vinculada a um perfil acadêmico e nos objetivos educacionais. Esta forte imagem se confronta na prática social dentro das complexas relações que estabelece o profissional com os usuários de seus serviços, com o grupo de trabalho e com a instituição onde trabalha (CASTRILLÓN, 1997).

Nessa perspectiva, Arriagada et al (2000, p. 97) afirmam que

La articulación teoría práctica debe superar la propuesta académica formal para constituirse en un proceso de relación activa, entre el sujeto que aprende y el objeto a ser aprendido y transformado con mediación activa del docente y la participación de los profesionales de los servicios. Este proceso requiere la adopción de una concepción pedagógica que conduzca a todos los actores a procesos de reflexión, crítica e acción. Además de la utilización de metodologías de aprendizaje activas, que consideren el potencial individual de los estudiantes y propongan el campo de trabajo como escenario prioritario para el desarrollo de las actividades curriculares.

O aspecto mais evidenciado pelos (as) trabalhadores (as), em especial, as (os) enfermeiras (os), se refere ao fato da formação acadêmica não preparar de forma efetiva os (as) profissionais para assumirem em seu cotidiano de trabalho as questões relativas ao gerenciamento, bem como o papel de educador.

Este fato, já há algum tempo vem sendo discutido por alguns autores como Manfredi, Luis, Andrade et al (apud SIMÕES; FÁVERO, 2000), Lunardi Filho (2000), apontando algumas fragilidades em relação à formação do enfermeiro, principalmente no que se refere ao preparo desses profissionais em relação ao exercício da liderança. Ressaltam a necessidade

de uma reestruturação no processo de ensino-aprendizagem dos cursos de graduação em enfermagem.

“nós não aprendemos a ser líder, nós não aprendemos a nos colocar enquanto enfermeiro perante aquela equipe, então eu acho que o que falta nisso, aí eu acho que a universidade peca um pouco, é que essa questão de liderança, eu acho muito difícil aprender a ser líder e a universidade não trabalha muito isso, a gente não discute muito isso dentro da universidade, essa vivência que os professores tem é muito pouco passado” (Seringueira / Ea).

A necessidade desse redimensionamento em relação a formação acadêmica, poderá, de certa forma, atender também aos anseios da sociedade, que conforme apontam Simões; Fávero (2000), atualmente vem reconhecendo a necessidade de educar-se para exercer o direito sobre a saúde, de tornar-se responsável por ela, sendo que para isso, deveria ter no enfermeiro um elemento facilitador e promovedor dessa educação.

“Esse papel de educadora é muito importante, na nossa formação essa coisa de educadora a gente não tem muito, então às vezes a gente acaba não fazendo, não proporcionando estudos técnicos científicos, crescimento profissional” (grupo-3/ Eas).

As enfermeiras apontam que a dificuldade de exercer efetivamente o gerenciamento de seu turno de trabalho vem desde a formação acadêmica, e o (a) profissional acaba tendo que dar conta dessas ações, das exigências da instituição, e aprendendo na “prática”, a depender de seu estilo pessoal, gerando sentimentos de frustrações, medo, subordinação. Também nas falas das enfermeiras podemos apreender as “falhas” relacionadas à formação acadêmica.

“Dificuldade é a falta na formação acadêmica. O enfermeiro acha que é preparado para ser assistencial, se ao nível pessoal não acha importante a função gerencial, esta fica adormecida” (Araucária / Ec).

“acho sim que essa questão da formação ela é muito falha nesse aspecto, porque essas questões que envolvem principalmente o gerenciamento, de administração se vê praticamente quando a gente está se formando, isso deveria ser abordado desde a 3ª fase” (Cedro / Ea).

Simões; Fávero (2000) corroboram nesse sentido, ao afirmar que, como consequência das deficiências apresentadas pelas instituições formadoras em preparar o aluno para assumir a função de liderança, constata-se a ocorrência de frustrações e desencantamento do enfermeiro em relação a essa atividade.

Por outro lado, apontam que a responsabilidade em relação à formação, em parte, também é do aluno, que tem que ser um agente ativo na busca do conhecimento, tem que se posicionar diante de seu processo de ensino-aprendizagem.

“Tem uma coisa importante que a gente não pode jogar toda a responsabilidade dos nossos saberes dentro da universidade, enquanto aluno eu sou ativo, eu tenho que ir atrás, senão eu vou ser um cordeirinho ali recebendo um monte de informação que de repente não vai ser suficiente para mim; é uma troca, a gente também tem que ter responsabilidade de estar se posicionando, enquanto o que eu quero aprender, o que eu quero saber, para eu ser também um profissional ativo quando eu me formar” (Jaborandi / Ea).

Outro aspecto apontado está relacionado a questão da dicotomia que se apresenta entre as ações gerenciais, assistenciais e educativas. Para as (os) enfermeiras (os), na formação essas ações são discutidas separadamente, a exemplo citam a disciplina de administração, que só é ministrada na sétima fase do curso de graduação¹³. Esse fato acaba trazendo muitas dificuldades para o (a) profissional ao iniciar suas atividades como trabalhador (a), pois, conforme apontam, no cotidiano de trabalho essas ações acontecem de forma simultânea, não sendo possível separá-las, por serem interdependentes e complementares.

“Pelo fato de a gente só ter administração na 7ª fase, a impressão que dá é que a assistência é uma coisa e que a administração é outra, e quando tu cai no campo é tudo junto e pra isso tu não te acorda quando tu te formas, é onde começa a embolar a coisa” (Seringueira / Ea).

“O enfermeiro quando ele se forma ele vem pra prática nu e cru. Como já foi falado a gente só tem administração na 7ª fase, chega aqui tu entra na questão do trabalho e vai fazendo, e muitas vezes não para ler um artigo sobre nada desse tipo. Então, tu está envolvido na assistência num papel, tu está sendo gerente, mais ao mesmo tempo tu não está te envolvendo com a tua parte intelectual, o que é o teu papel” (Jaborandi / Ea).

¹³ Quando refiro-me a sétima fase, é por tratar-se do currículo do curso de graduação de enfermagem da UFSC, do qual a maioria dos sujeitos do estudo é egresso.

Nesse sentido, Castrillón (1997) coloca que a especificidade do trabalho da enfermeira está dirigida para dois objetivos: a assistência, que constitui o trabalho direto de cuidado e as relações interpessoais; e a organização da assistência, que se realiza mediante o processo administrativo. Afirma que esses objetivos não constituem pólos opostos do trabalho da enfermeira, pelo contrário fazem parte de um mesmo processo de trabalho. Ressalta que a dicotomia entre administrar e assistir não deriva da prática profissional, mas sim do discurso que se construiu no âmbito acadêmico, que não se apoia nem se legitima na realidade do trabalho da enfermeira e da saúde como um todo.

Em relação a disciplina de administração, Rodrigues (2000), coloca ser a mais citada pelos enfermeiros quando referem-se à distância entre o que é ensinado na academia e as exigências do mercado de trabalho.

“Que a formação acadêmica pare de dicotomizar a questão assistencial /gerencial. Que dêem mais atenção a questão da coordenação de turno de trabalho” (Araucária / Ec).

Antunes (Apud SIMÕES; FÁVERO, 2000) ressalta que na maioria dos conteúdos da disciplina administração aplicada à enfermagem, das escolas de enfermagem da região sudeste, predomina a formação de um perfil de enfermeiro voltado para exercer uma supervisão técnico-administrativa da equipe de enfermagem, preocupado com a organização do espaço hospitalar, fundamentado na escola tecno-burocrática.

Um aspecto evidenciado pelas (os) enfermeiras (os), está relacionado aos momentos de incertezas, angústias e inseguranças, que passam logo que se formam. Muitas angústias surgem em relação ao desconhecido, ou seja, ao mercado de trabalho, por não saberem se irão conseguir ingressar neste, por terem que enfrentar situações nunca experienciadas, sem ter ao lado, a presença do professor.

“Não sabes para onde vais, aonde tu vais trabalhar, se vais conseguir trabalhar, será que eu vou conseguir fazer tudo sozinha. Uma certeza eu tinha na hora que eu recebi o canudo, é enfermeira que eu quero ser” (Figueira / Ea).

“Enquanto estudante é muito diferente tem o professor sempre ao lado, depois como profissional não” (Ipê/ Ea).

“Quando tu se forma, tu acha bom agora eu estou formada, estou pronta, sou enfermeira, tem aquele medo da responsabilidade, de assumir; mas tu não sabe que

ser enfermeira tem todo um sacrifício, tem toda uma dor por trás disso, de ser enfermeira” (Jabuticabeira/ Ea).

Esse fato está relacionado ao modelo educativo adotado, em geral, pelas escolas de enfermagem no Brasil. Segundo Backes (1999) o modelo educativo utilizado no ensino da enfermagem baseia-se, ainda hoje, no modelo Nightigale, sendo fortemente influenciado por Taylor em relação à gerência científica, acentuando o trabalho parcelado e os procedimentos técnicos.

Bagnato (1999) coloca que

a formação dos profissionais de saúde, historicamente se desenvolveu numa relação muito estreita com as políticas de saúde e econômica implementadas pelo Estado, acentuando uma formação em padrões excessivamente biológicos e voltada principalmente para a área hospitalar, diluindo as discussões sociais e políticas dos problemas de saúde predominantes na população, bem como deslocando o debate das formas de organização, prestação e distribuição dos serviços.

A autora afirma que os educadores têm a responsabilidade de repensar o processo de formação, propiciando aos sujeitos educativos, o desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas, estimulando a participação na construção do conhecimento, superando a compartimentalização do conteúdo, a alienação, a centralização do papel do professor no desenvolvimento das aulas, as formas tradicionais de exposição das matérias e a falta de contextualização das mesmas (BAGNATO, 1999).

Por outro lado, as (os) enfermeiras (os), se referem ao momento de conclusão do curso de graduação, como um momento de vitória, de conquista, de muita luta.

“Muita emoção, sonhos, conquistas da mãe que batalhou com muito sacrifício para dar o estudo para nós” (Pitangueira / Ea).

“Momentos de pedras e ganhos, conquista da parte profissional” (Ipê / Ea).

“Sensação de alegria e tarefa cumprida. A possibilidade de ampliar o leque (Jaborandi / Ea).

A insatisfação encontrada nos (as) profissionais em relação a formação acadêmica e ao desenvolvimento de habilidades para lidar com as questões referentes a gerenciamento/liderança e as ações educativas, durante a graduação, leva a um repensar sobre

os currículos de enfermagem, fato este que já vem ocorrendo em algumas universidades, bem sabemos, e sobre como tem sido oferecida, ao educando, a oportunidade de desenvolver atitudes críticas e reflexivas, a criatividade e a consciência de que devem atuar como agentes de transformação (SIMÕES; FÁVERO, 2000).

Simões; Fávero (2000), ressaltam que a formação de líderes (e educadores) é um desafio a ser perseguido na enfermagem, não apenas pelos órgãos de ensino, como também por todos os profissionais enfermeiros (ou que integram a equipe de enfermagem), pois se trata de uma condição essencial para a visualização de um futuro com novas alternativas e propostas de atuação, podendo-se, assim, vislumbrar maior prestígio e valorização profissional.

Educação no Trabalho

Quando voltamos nossa reflexão para o trabalho como princípio educativo, nos aproximamos de uma teoria social sobre como se forma o ser humano, como se produz o conhecimento, os valores, as identidades, como se dá o processo de individuação, de constituir-nos sujeitos sociais e culturais, livres e autônomos, e como construir uma sociedade de indivíduos livres, em relações sociais regidas por princípios éticos, onde o trabalho, a técnica produtiva sejam objetivos e pontos de referência para a liberdade social e coletiva. Os vínculos entre educação, escola, trabalho e produção têm sido postos comumente em termos de demanda de qualificação e demandas de valores, saberes, competências e subjetividade esperadas ou exigidas do trabalhador pelas transformações no trabalho (ARROYO, 1998).

Para corroborar, Kanaane (1999, p51) ressalta que

as novas tendências educacionais no trabalho apontam para uma abordagem que valorize o potencial humano, ultrapassando o desenvolvimento da competência pessoal e interpessoal. Uma visão que valorize o todo em detrimento das partes merece destaque e relevância no momento atual, tornando as instituições um espaço no qual convergem naturalmente valores e tendências complementares e contraditórias.

Esta abordagem, segundo Salum (2000), inclui estratégias pedagógicas capazes de motivar o indivíduo no seu trabalho, a vivenciar experiências que possibilitem a reflexão das ações, buscando complementaridade e interdependência com seu ser.

Atualmente, a educação no trabalho vem sendo apontada como o grande “foco” da ação da enfermagem para atender as necessidades pessoais e profissionais quanto à valorização dos sujeitos trabalhadores e o aumento da satisfação no trabalho (SALUM, 2000).

As (os) enfermeiras (os) apontam para a necessidade de continuarem se instrumentalizando após a graduação, buscando espaços não só na instituição, mas também na academia, através de programas de pós-graduação. Colocam que essa preocupação deve ser, num primeiro momento, do (a) trabalhador (a), mas a instituição de trabalho também deve propiciar oportunidades e espaços para que o (a) trabalhador (a) possa buscar o seu crescimento profissional.

“Ilusão de estar se achando pronta. Segundo um professor, a gente tem sempre que estar buscando a excelência, por que a nossa excelência ela nunca vai chegar, tem que ser uma busca constante, e a questão da identificação enquanto enfermeira passa por isso né, por essa busca incessante” (Jaborandi / Ea).

“Uma coisa importante também é que o pessoal do mestrado, doutorado, como é diferente de enfermeiras embasadas na prática. A gente observa aquela tese ou dissertação que vai fazer mais parte de uma gaveta, ou aquela do dia-a-dia, que são coisas práticas, do que aquelas muito filosóficas que se tornam um pouco utópicas para a enfermagem” (Cedro / Ea).

Os (as) trabalhadores (as) de enfermagem ressaltam a necessidade contínua de reciclagem, capacitações e treinamentos no espaço institucional, direcionado tanto para as unidades, como para a enfermagem num todo. Apontam que essa necessidade deva se dar em outros moldes, e não nos habitualmente utilizados, que em geral se apropriam da educação tradicional. Solicitam capacitações inter-unidades com nova abordagem, que através do NAP¹⁴-Cepen, fossem programadas atividades com base na aprendizagem vivencial, a qual através de encontros e oficinas, parte da experiência vivida para reflexão e troca de experiência. Uma grande parte dos (as) trabalhadores (as) da DE/HU pôde experienciar esse tipo de atividade através do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor.

“instrumentalização através de grupos de estudo inter-unidades, nesses moldes que você nos trouxe, pra estar discutindo. O NAP estar fazendo esses tipos de trabalhos com as questões cotidianas, fazendo grupos inter-unidades, que vão refletir na qualidade da assistência, mas também na qualidade de vida no trabalho” (João-Bolão / Ea).

¹⁴ O NAP configurou-se pela formação de um grupo de facilitadores de processos vivenciais e grupais, segundo as premissas do sistema de aprendizagem vivencial, a fim de dar continuidade ao VTM. Na atualidade encontra-se institucionalizado como parte integrante do CEPEN.

“A gente tem esse espaço no NAP, ele é institucionalizado, ele é do HU, então a gente pode estar usando esse espaço, e as pessoas que já tiveram a formação para estar conduzindo esses trabalhos, é uma sugestão bem pertinente” (Jaborandi / Ea).

Outro aspecto considerado importante é a busca do embasamento teórico, tanto dentro quanto fora do espaço institucional, para poderem efetivamente contribuir com a construção do conhecimento na Enfermagem.

“eu acho que se a gente começar a fazer momentos de estudo até mesmo dentro da instituição ou até individual mesmo, eu acho que teria um avanço muito grande, inclusive para a enfermagem enquanto disciplina assim, enquanto ciência mesmo, não ficar só no fazer. O embasamento teórico é muito importante, a gente acha que o cuidado é só essa coisa de sensibilidade, é intuição, claro que é tudo isso mas permeado por algumas já construídas e outras que a gente pode estar construindo” (Jaborandi / Ea).

De acordo com Sena (2000) o desenvolvimento técnico-científico da enfermagem está sustentado em saberes e práticas, cuja finalidade é, pelo menos no discurso, transformar o processo saúde-doença do coletivo e dos indivíduos, através de processos de trabalho que podem ser: assistencial, de gerenciamento, ensino e investigação. Afirma que novos processos de produção de conhecimentos estão na dependência direta da produção de novos processos de trabalho, e reciprocamente. A academia, responsável maior pela produção científica, compete reafirmar a validade social da produção que têm dado conta e ao questionar-se, introduzir uma reflexão mais profunda acerca de seu papel como produtora e reprodutora de conhecimentos.

Outro fato que considero importante, como profissional inserida na instituição em estudo, é a programação de capacitações para os (as) trabalhadores (as) de enfermagem, partindo das necessidades das unidades, dos trabalhadores. Com esse mesmo entendimento o CEPEn elaborou um instrumento para ser enviado às unidades, com o intuito dos turnos de trabalho levantarem suas necessidades, em relação às capacitações e atualizações a serem programadas. Nesse sentido, desde 2000, esses instrumentos têm sido encaminhados às unidades e, seu retorno tem trazido sugestões muito pertinentes e interessantes. Vale salientar, que mesmo antes da elaboração deste instrumento, esse levantamento já era realizado, porém de maneira menos sistematizada, ficando a cargo de cada chefia fazê-lo ou não.

Um aspecto evidenciado pelos (as) trabalhadores (as) de nível médio é a necessidade e a importância de serem acompanhados em suas atividades, principalmente quando se referem

a realização de atividades mais complexas, ou em relação a dúvidas que surgem durante a realização do cuidado direto ao paciente.

“A facilidade é que quando a gente precisa elas sempre tão junto, claro que sempre que a gente tem alguma dúvida, ou a gente acha que tá com dificuldade elas sabem responder e ajudar o que a gente tá precisando” (Pau-Brasil / Tnm).

Já as (os) enfermeiras (os), expressam essa preocupação, também em relação ao funcionário recém-admitido, que além de terem muitas dúvidas e insegurança em relação as atividades assistenciais, não se sentem incluídos na equipe de trabalho, tendo que “gerenciar” os conflitos que surgem nas relações interpessoais, tornando ainda mais difícil seu cotidiano de trabalho.

“Seria a parte mais de orientação, de atualização também, orientação por que existem pessoas que às vezes entram na unidade. Para os funcionários novos, ou mesmo para os que já estão, uma reciclagem, ou mesmo assim que perceba que tenha alguma deficiência pra orientar, que eu acho que a enfermeira é a pessoa mais ideal para isso, que ela está na função dela de orientar, e que tú possa chegar, assim uma pessoa disponível também, que assim da espaço pra tu chegar na enfermaria e perguntar e se abrir e tirar dúvidas. Então a parte de orientação, a parte de atualização que é super importante”.(Amoreira / Tnm).

Preocupado com essas questões, e sentindo a necessidade de melhor incluir o funcionário recém-admitido em seu cotidiano de trabalho, o CEPEn em 1998 elaborou um documento de acompanhamento. Este documento serve como referência para a (o) enfermeira (o) de turno, chefias, enfermeira (o) do CEPEn e o (a) funcionário (a) novo, no acompanhamento dos seus primeiros sessenta dias de trabalho. Tem como finalidade minimizar as tensões e insegurança que a maioria dos (as) trabalhadores (as) vivenciam ao iniciar sua trajetória na instituição de trabalho, bem como avaliar o desempenho e as habilidades deste (a) trabalhador (a).

Na instituição, durante este período chamado de acompanhamento, são realizadas algumas avaliações, as quais iniciam no sétimo dia, onde todos os (as) trabalhadores (as) envolvidos (as) participam ativamente do processo, incluindo o (a) funcionário (a) novo (a), para discutir sobre os avanços ou deficiências que surgiram nesse período.

Considero esse acompanhamento um avanço em relação a educação no trabalho, nesse sentido, o CEPEn vem refletindo acerca da necessidade de ampliá-lo, para que também os (as) funcionários (as) que já estão há mais tempo na instituição sejam incluídos.

Haja vista que, ao adentrarmos na sociedade pós-moderna, é preciso que estejamos empenhados no amadurecimento e crescimento dos (as) trabalhadores (as), tanto no nível pessoal como profissional, para que se tornem sujeitos trabalhadores mais criativos, críticos e inovadores.

Nessa perspectiva, Salum (2000) aponta que o sucesso de uma proposta para a formação integral do ser humano depende muito da ousadia de experimentar o novo e não apenas pensá-lo. É preciso que acreditemos e defendamos a educação como fundamental para a qualidade de vida e trabalho, isto porque acredito que a educação no trabalho deve contemplar a multidimensionalidade do sujeito trabalhador, abrangendo o plano pessoal, profissional e institucional. Não uma educação formal, que apenas garanta a empregabilidade, mas que crie oportunidades iguais, respeite a diversidade, trabalhe as relações interpessoais e proporcione crescimento pessoal.

6.4 Dimensão Relacional

Considero o ser humano um ser relacional, e que suas relações, quando bem estabelecidas, são fundamentais para sua qualidade de vida e trabalho. Nesta categoria abordo aspectos das relações da enfermagem que ocorrem no cotidiano de trabalho, quais sejam: as relações de trabalho, as quais considero as relações que se estabelecem entre a enfermagem e os demais serviços presentes no cenário hospitalar; as relações interpessoais na enfermagem, que se referem as relações internas na equipe, envolvendo entre outros aspectos, o trabalho em equipe, a valorização dos (as) trabalhadores (as) da enfermagem, os conflitos que permeiam essas relações.

Sendo o trabalho da enfermagem caracteristicamente coletivo e hierarquizado, é evidente que parte importante das satisfações e insatisfações vividas pelo conjunto de trabalhadores (as) da enfermagem diz respeito aos aspectos funcionais e disfuncionais dessas relações coletivas. A harmonização dessas relações e, conseqüentemente, a construção de melhores condições de trabalho no setor hospitalar, passa necessariamente pelo fortalecimento e atualização das identidades profissionais desses (as) trabalhadores (as), enquanto elemento

ordenador e unificador das ações de assistência prestada por toda a equipe (LEITE; FERREIRA, 1997).

Relações de Trabalho

A dinâmica das relações de trabalho em saúde configura-se numa equipe multiprofissional, estando envolvidos profissionais de diversas áreas, porém no universo hospitalar as relações de trabalho, parecem se envolver numa triangulação relacional, na qual basicamente aparecem como sujeitos dessas relações os médicos, as (os) enfermeiras (os) e os (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem.

Para Dejours (1992, p.75), “as relações de trabalho são todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores, e que são às vezes desagradáveis e até insuportáveis”.

Fleury e Fisher (apud LIMA JUNIOR; ÉSTHER, 2001), colocam que as relações de trabalho nascem das relações sociais de produção, constituindo a forma particular de interação entre agentes sociais que ocupam posições opostas e complementares no processo produtivo: os trabalhadores e empregados. Ressaltam que se deve contemplar o espaço social e político em que as relações de trabalho se realizam: a organização do processo de trabalho, a elaboração das políticas administrativo-organizacionais e a prática cotidiana dos agentes sociais em relação.

Vale salientar, que neste estudo, as relações de trabalho dizem respeito às relações da Enfermagem com os demais serviços de saúde, em especial aos serviços de apoio e ao serviço médico, ou seja, são as relações estabelecidas fora da equipe de Enfermagem.

Um aspecto fortemente evidenciado pelos sujeitos do estudo se refere aos problemas com os serviços de apoio e profissionais da área médica. Existe a queixa de que estes serviços não assumem o seu trabalho de forma efetiva, sobrecarregando a enfermagem, que sempre acaba tentando dar “um jeito” em função do sujeito hospitalizado. Há um descrédito em torno de soluções para estes problemas e os (as) trabalhadores (as) de enfermagem afirmam já estarem cansados de formalizar queixas e nada acontecer. Cobram das hierarquias superiores soluções, mudanças quanto a esta situação. Capella (1998) já evidenciou este problema na instituição, afirmando que os serviços de apoio não funcionam adequadamente, tendo a enfermagem que resolver problemas que não são de sua competência, deixando de cumprir seu principal papel – a assistência de enfermagem. Também sob esse aspecto, Leopardi (1989) afirma que a (o) enfermeira (o), embora preparada para assumir um trabalho

intelectual complexo, permanece sujeita ao trabalho médico, não tendo acesso ao poder que socialmente seria esperado de um profissional de nível universitário.

“As dificuldades que a gente vê, que atrapalha o serviço delas é a burocracia, a incomodação com os negócios do laboratório, Rx, que se perde muito tempo, então elas tão resolvendo isso, devido o tempo que elas perdem, a gente também fica sem tá perto delas, e elas também perto da gente, essas atividades poderiam melhorar se elas tivessem mais presente na nossa assistência, mas como são coisas que tem que ser resolvidas por elas, a perda de tempo é muito grande. Essas atividade poderiam ser mudadas se toda a parte médica estivesse junto também, se os médicos agilizassem, deixassem as coisas mais organizadas, ela teria o serviço dela organizado, é que ela trabalha em cima também do que é deles” (Pau-Brasil / Tnm).

“Quem tem as maiores dificuldades com os serviços de apoio é a enfermagem”(…) (Cedro / Ea).

“Os médicos parecem que tem uma postura, eles trabalham separados da equipe da enfermagem, eu acho que deva o enfermeiro assim tentar aproximar isso, que seja um trabalho de equipe realmente, não ficar, a enfermagem parecer tão afastada da medicina, dos médicos, dos residentes, então tentar essa aproximação com diálogos com encontros, reuniões, alguma coisa nesse sentido”.(Roseira)

“(…) a enfermagem está tendo muitas dificuldades com os serviços de apoio, a gente que tá junto, a gente vê que não é fácil, não é fácil tu pedires para vir trocar um torpedão, não é uma coisa que tu vai ter já de imediato, RX a mesma coisa, laboratório mesma coisa, e acaba sobrecarregando não só o enfermeiro (Eucalipto / Tnm).

Interessante perceber que, mesmo existindo concorrências e disputa de espaço dentro da equipe de enfermagem, os (as) trabalhadores (as) colocam-se em defesa uns dos outros, mediante as dificuldades que surgem com os outros serviços no cenário hospitalar, na tentativa de defender a categoria.

“Tem uma coisa muito forte de eles(nm) estarem querendo nos defender também, em função das dificuldades com os outros serviços” (Jaborandi / Ea).

Mesmo diante das dificuldades apresentadas em relação aos médicos, há momentos em que é reconhecida a interdependência e a complementaridade que está presente no

trabalho em saúde. Algumas vezes os (as) trabalhadores (as) de enfermagem conseguem estabelecer um processo de interação com a categoria médica.

“As vezes acontece isso de manhã ali porque os médicos da unidade, quando vão passar a visita eles querem que a enfermeira esteja junto, isso é uma coisa que eles valorizam muito, por causa do cuidado e a enfermeira tem muito a contribuir, em função dos curativos que são as vezes complexos, e eles ficam usando termos técnicos ali, e quando eles saem a paciente diz ah ele falou cada coisa bonita mas tem muita coisa que eu não sei o que ele falou, é complicado” (João-Bolão / Ea).

“a grande reflexão é entender todos os papéis com a importância significativa de cada um deles, se um dos integrantes não tiver o processo se quebra” (Jaborandi /Ea).

Vale destacar, que o reconhecimento da singularidade de cada situação e de cada instituição não invalida que sejam reconhecidas certas regularidades presentes em quase todas as organizações: o poder médico traduzido em sua autonomia e na sua acentuada capacidade de impor disciplinas na instituição hospitalar (CECÍLIO, 1999).

Mesmo que na instituição em estudo observe-se um elevado grau de autonomia na organização do trabalho da enfermagem, em relação a maioria das instituições hospitalares da região, o processo histórico de submissão à categoria médica ainda está muito presente no cotidiano de trabalho, principalmente nas relações estabelecidas entre esses profissionais e a equipe de enfermagem.

Conforme apontam Martins; Guerra; Guedes (1998), a enfermagem ainda não conquistou sua completa autonomia, mantendo-se ainda submissa à categoria médica. Está organizada como profissão institucionalizada e reconhecida por lei, dona do seu saber e sua prática, definidas na teoria. Porém, a sociedade ainda não reconhece a enfermeira como uma profissional de saúde que é capaz, competente, independente e detentora de uma prática. Muitos a consideram como auxiliar de médico, apesar do nível superior, que cumpre apenas as ordens prescritas.

Também sob essa perspectiva Oliveira e Collet (2000) observam que o modelo de racionalidade do poder administrativo adotado nos serviços hospitalares está estruturalmente dominado pelo modelo da racionalidade médica, o que resulta num campo permeado de conflitos e negociações entre os diferentes poderes e saberes, tendo, estrategicamente, as

formas do poder médico como nucleares na lógica de produção e reprodução dessas instituições.

A fala a seguir, expressa a ansiedade da profissional, em relação ao recebimento dos médicos em sua chegada na instituição e na unidade de trabalho:

“Qual seria o acolhimento, como vou ser recebida pelos médicos, a primeira coisa que surge é o médico, porque tu pensa na enfermagem como uma área que tu já conhece” (Jaborandi / Ea).

Outro aspecto apontado pelos (as) trabalhadores (as) de enfermagem refere-se aos outros serviços de saúde. Colocam que o fato de conhecerem a equipe multiprofissional, com a qual trabalham, facilita a interação entre seus membros.

“A partir do momento que tu conheces os teus colegas, todos da instituição e tu cria esse vínculo, a interação é muito mais fácil” (Jaborandi / Ea).

Talvez seja possível pensar na interação entre equipe multiprofissional, como o caminho pelo qual possa se alcançar relações mais claras e horizontais no universo das relações que envolvem os profissionais de saúde. Na tentativa de vencer a divisão técnica do trabalho, a racionalidade médica, o processo de especialização na área da saúde, que cada vez mais afasta os profissionais entre si, e o mais importante, de sua finalidade última - o sujeito hospitalizado.

Por outro lado, nas relações da equipe multiprofissional, observa-se à predominância de processos concorrenciais e de antagonismos, caracterizando uma problemática relacional que certamente interfere na qualidade de trabalho e de assistência prestada. Nesse sentido, deve-se reconhecer e explicitar as tensões e conflitos existentes, dando visibilidade ao problema, para assim poder equacioná-lo de modo mais claro e eficiente. A negação dos conflitos somente potencializa sua disfuncionalidade, trazendo como conseqüências o agravamento das situações (LEITE; FERREIRA, 1997).

Peduzzi (2001, p. 107) afirma que:

as diferenças técnicas no trabalho dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significa que algumas profissões são ‘superiores’ a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional.

Será possível ultrapassar essas dificuldades e diferenças?

Temos que acreditar nessa possibilidade, diante da sociedade que se insere, tentar driblar os efeitos da globalização e lutar por relações menos desiguais, principalmente no que se refere a valorização das profissões de saúde, como também por relações mais éticas, onde tenha espaço para a subjetividade e para a emotividade dos atores envolvidos nesse processo.

Relações Interpessoais na Enfermagem

As relações interpessoais na enfermagem são aqui compreendidas como as relações que se estabelecem entre a equipe de enfermagem, considerando entre outros aspectos, o trabalho em equipe, a valorização dos (as) trabalhadores (as), os conflitos e a complementaridade.

Leite e Ferreira (1997) em seus trabalhos desenvolvidos na instituição em estudo, constataram uma grande influência do ambiente e das relações domésticas no espaço profissional, principalmente entre os integrantes da equipe de enfermagem, onde se percebe então claras referências familiares nas dinâmicas relacionais, com acentuada tendência a personalização dos contatos e das regras profissionais e institucionais.

Em relação ao trabalho em equipe, os sujeitos do estudo apontam como fator preponderante para a qualidade da assistência e das relações na equipe. Consideram que, quando efetivamente trabalham em equipe, ganham força e com isso reconhecem o trabalho como complementar e interdependente. Ressaltam a questão de “dar” e “receber ajuda” e de “partilhar” as dificuldades e as conquistas como indispensáveis para esta modalidade de trabalho.

“Esse companheirismo, igualdade de certas coisas, pra gente formar uma equipe e trabalhar todo mundo coeso, essa participação (Roseira / Tnm).

“A construção da assistência, eles (NM) contribuem na elaboração da prescrição de enfermagem, discutem a assistência” (Seringueira / Ea).

“Eu chego no quarto e pergunto fulano tu precisas da minha ajuda, porque agora eu estou livre e posso te ajudar, então tu já vai fazendo essa reflexão com a tua própria postura, aí não precisa cortar de forma brusca, porque daí entra em conflito” (Jaborandi / Ea).

“Eu acho que ali funciona como uma engrenagem”. (Bananeira / Tnm)

Moscovici (1995) afirma que se pode considerar equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. A comunicação entre os membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, os objetivos compartilhados determinam seu propósito e direção. Respeito e cooperação são elevados.

As (os) enfermeiras (os) apontam como dificuldade para o trabalho em equipe, a falta de profissionalismo por parte de alguns (as) profissionais (as). Algumas (uns) enfermeiras (os) do noturno ressaltam a dificuldade que apresentam em trabalhar com outra (o) enfermeira (o), ou com o (a) escriturário (a), no mesmo turno de trabalho. Vale salientar, que na instituição em estudo, no período noturno, trabalha apenas uma enfermeira (o) junto com os (as) trabalhadores (as) de nível médio, e o escriturário está presente apenas durante o dia.

“a falta de profissionalismo do pessoal de nível médio, dificuldade de trabalhar em equipe” (grupo 1 / Eas).

“Eu não gosto de trabalhar com outro enfermeiro, tem que dividir as tarefas e como estou a noite, sou só eu de enfermeira, aí eu sei o que eu tenho que fazer, mas quando tem outra é diferente” (Laranjeira / Ea).

“Eu tenho essa sensação de trabalhar a noite é com o escriturário, que a noite a gente não tem, então as vezes eu estou a tarde e quando eu me dei conta eu já estava fazendo tudo, esquecendo que tinha escriturário”(…) (Seringueira / Ea).

Os (as) trabalhadores (as) reforçam a necessidade da equipe de enfermagem se consolidar como uma equipe e não como um grupo, consideram que o trabalho em equipe facilita a convivência e o andamento do trabalho.

“Eu acho que o que precisa mais assim, é compreensão entre as pessoas. Eu acho que entre enfermeira, técnico, auxiliar ter compreensão e procurar ser colegas de trabalho, ser uma equipe e não um grupo de trabalho, como a gente trabalha no VTM é tão bom, tão bom. E assim, você poder chegar e dizer para a enfermeira, estou com problemas, tô precisando resolver tal coisa, como aqui é muito bom, a gente sempre procura tentar resolver ali, trabalhar em equipe, ser compreensivo com o outro, por que às vezes algum chega e tá com problemas, o outro tá mais aliviado e

tenta dar um apoio, às vezes a enfermeira também tá com problema, tá chateada, a gente tem que entender o lado dela também, e isso aqui funciona” (Amexeira / Tnm).

“(...) a enfermagem é uma equipe, então, enfermeiro, auxiliar, técnico, eu acho que o trabalho sendo dividido, sendo bem elaborado, eu acho que tanto não tem dificuldade, a enfermeira, como o técnico ou o auxiliar, para exercer o serviço do dia-a-dia. Eu acho que facilita muito o andamento do trabalho, a convivência entre enfermeiro, auxiliar e técnico”.(Limoeiro / Tnm).

Também sob esse aspecto, Moscovici (1995) coloca que um grupo transforma-se em equipe quando passa a prestar atenção à sua própria forma de operar e procura resolver os problemas que afetam o seu funcionamento. Esse processo de auto-exame e avaliação é contínuo, em ciclos recorrentes de percepção de fatos, planejamento da ação, implementação, resolução de problemas e avaliação.

Em geral, os (as) trabalhadores (as) não apontaram dificuldades para o trabalho em equipe. Talvez, um dos fatores que contribua com isso é o fato de, na instituição em estudo, ter adotado o “cuidado integral” ou o “modelo integral”, que permite que o (a) trabalhador (a) tenha noção de quase todas as fases de seu processo de trabalho, ou seja, o (a) trabalhador de nível médio assume todos os cuidados de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade durante seu turno de trabalho, tornando-se, assim, um pouco mais consciente, propiciando, de certa forma, maior satisfação para o mesmo, favorecendo o trabalho em equipe. Isto porque, conforme afirma Capella (1998), o trabalho de enfermagem é um processo coletivo, constituído de ações hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, exigindo habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos. É por isso que o modelo integral é o que permite maior abrangência da totalidade desse processo, na atual realidade do exercício e formação profissional. Por outro lado, o fato de os (as) trabalhadores (as) não apontarem muitas dificuldades, pode representar a negação de conflitos, que em geral tendem a ser abafados ou negados. Por não reconhecerem esses conflitos, muitas vezes prejudicam a dinâmica das relações das equipes de trabalho, pois se não o reconhecem, também não estarão empenhados em resolvê-lo.

Nesse sentido, Leite; Ferreira (1997), sob a perspectiva de Edgar Morin, colocam que a manutenção e evolução de uma unidade sistêmica (agrupamento humano funcional) dependem da ação simultânea de três processos essenciais: as dinâmicas de antagonismo,

concorrência e complementaridade. A atuação equilibrada dessas forças é vital à sobrevivência de qualquer organização viva.

A dinâmica de antagonismo expressa divergências internas no grupo, que discordam e se opõem em relação às direções a serem seguidas pelos processos individuais e coletivos. Trata-se, portanto, de forças que atuam em direções opostas, tensionando essa unidade e tendendo a rompê-la. A concorrência configura-se numa luta pelo mesmo espaço e privilégios. Finalmente, a complementaridade é a polaridade fundamental no equilíbrio, que possibilita a acomodação e o equilíbrio de outras forças tensionantes. É através das dinâmicas de complementaridade que essas forças concorrentes ou antagônicas podem articular-se em objetivos comuns. (LEITE; FERREIRA, 1997, p. 82)

Dessa forma, os autores afirmam ser equivocada a percepção que concebe o funcionamento ideal de uma equipe como uma situação de ausência de conflitos, de concorrências e de oposições. O domínio absoluto da união, muitas vezes tomada como o ideal a ser buscado, representaria o empobrecimento da vitalidade da equipe, pela homogeneização das idéias e dos comportamentos, resultando em posturas cristalizadas que ‘engessariam’ suas possibilidades de adaptação às inevitáveis mudanças externas.

Em relação à valorização da equipe de enfermagem, os (as) trabalhadores (as) de nível médio destacam, de forma evidenciada, um aspecto, que se refere ao desejo de serem reconhecidos (as). Esperam que o seu trabalho seja reconhecido e valorizado, no que diz respeito ao conhecimento adquirido ao longo da vida pessoal e profissional e em função da formação. Apontam como fator de motivação para o trabalho, o elogio e o destaque de pontos positivos em relação ao desenvolvimento do trabalho.

“Eu trabalho no Estado e se a gente for nivelar isso, e botar numa balança, os profissionais que trabalham no estado e que trabalham aqui na instituição tem uma diferença gritante em relação ao conhecimento e assim por diante, muitas vezes isso não é aproveitado, não está sendo aproveitado” (Eucalipto / Tnm).

“a gente faz às vezes o serviço deles (dos enfermeiros), uma gasometria, por que aqui na instituição é responsabilidade do enfermeiro, passar uma sonda nasogástrica, vesical, que seja, é deles mas a gente tem a conscientização de quando eles não podem, a gente pode passar, a gente tem autonomia pra isso (...), por que quando a gente estuda a gente aprende a fazer, mas tudo bem é uma coisa deles que a gente não pode fazer nada.(Macieira / Tnm).

A maioria das (os) enfermeiras (os) considera importante o reconhecimento desses (as) trabalhadores (as), afirmam ser importante o conhecimento que eles trazem de sua formação, como também de sua experiência profissional, apontando como fator de crescimento profissional para elas a troca de idéias com os (as) trabalhadores (as) de nível médio.

“eu sou muito adepta a gente não abafar os lideres, não abafar o conhecimento que o pessoal de nível médio tem, até porque a gente aprende com eles” (Seringueira / Ea).

Nesse contexto Leite; Ferreira (1997), em um de seus trabalhos desenvolvidos na instituição com os trabalhadores de nível médio, colocam que estes manifestam o desejo de serem vistos e reconhecidos como sujeitos engajados em seu processo de trabalho. Anseiam não só o reconhecimento de suas competências nas atribuições e responsabilidades que lhes cabem em toda a assistência de saúde promovida pela instituição, mas também o respeito à sua subjetividade e individualidade, sendo portanto valorizados nas motivações pessoais e no envolvimento psicoemocional que imprimem ao seu trabalho e nas relações com suas equipes dentro da realidade hospitalar.

Um aspecto apontado pelas (os) enfermeiras (os) se refere a importância do acolhimento quando são novas na instituição ou mesmo quando estão chegando para iniciar seu turno de trabalho, este fato é levantado também em relação ao sujeito hospitalizado, no ato de sua internação.

“O acolhimento é muito importante tanto para gente com profissional quando tá chegando na unidade, o dia-a-dia, como para o sujeito hospitalizado, cliente quando está chegando no hospital é muito importante” (Cedro / Ea).

Um outro aspecto evidenciado, também pelas (os) enfermeiras (os), está relacionado a dificuldade, que muitas vezes apresentam, em solicitar ajuda no caso de dúvidas, para a chefia. Em geral sentem-se fragilizadas, e acabam solicitando ajuda para a equipe que nem sempre atende de forma adequada.

“Às vezes a enfermeira é nova ou mesmo as mais velhas se ela tem dificuldade, as vezes ela não tem coragem de chegar até a chefia e dizer, oh eu estou com dificuldade em uma determinada técnica e acaba indo para a equipe e as vezes a equipe não é a mais adequada para procurar essa orientação e essa ajuda” (João-Bolão / Ea).

Acredito que essas dificuldades que se apresentam na dinâmica interna das relações na equipe de enfermagem, estejam intimamente ligadas a difícil tarefa que é - lidar com pessoas. Muitos sujeitos estão envolvidos nessas relações e certamente apresentam personalidades e estilos diferentes em suas maneira de se relacionar.

“Eu acho que lidar com pessoas é muito difícil, para qualquer ser humano, e não seria diferente para uma enfermeira, então isso eu vejo como uma dificuldade. Tem pessoas que são mais acessíveis, outras não, acho que é a principal.(...) (Amoreira / Tnm).

Os (as) trabalhadores (as) apontam como possibilidade de otimizar as relações na equipe de enfermagem a questão da comunicação, na qual os sujeitos envolvidos consigam se comunicar de forma clara e ajustada, buscando o equilíbrio, ou seja, a complementaridade em suas relações.

“(...)Facilidades eu acho que é o manejo da palavra, até o tom da palavra que é conduzido, então essas eu acho que são virtudes que as pessoas devem conquistar para resolver melhor as situações que às vezes se apresentam” (Amoreira / Tnm).

Nessa perspectiva, Leite; Ferreira (1998, p. 48) ressaltam que “mais que uma compreensão técnica a respeito da comunicação como mecanismo de ajustamento na equipe, é importante percebê-la como uma dinâmica que possibilita a validação e o reconhecimento do outro, na abertura e disponibilidade para a troca”.

Acredito na comunicação como um grande instrumento a ser desenvolvido para buscarmos melhores relações na equipe de enfermagem, onde possa se estabelecer abertura para o diálogo, para reflexão, com espaço para todos os sujeitos envolvidos. Essa luta deve ser abraçada por todos os (as) profissionais da enfermagem, ou seja, as chefias, as (os) enfermeiras (os) assistencias e os (as) técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, onde os conflitos não sejam negados, pois num universo de pessoas, estes sempre estarão presentes, mas devem ser reconhecidos e resolvidos através de uma comunicação efetiva, que possibilite crescimento através da convivência na diversidade e, amadurecimento nas relações que se estabelecem.

Posso afirmar que as reflexões pontuadas nesta capítulo levaram a pensar em novas referências para a Dimensão Gerencial, que em consonância com suas articulações, serão apresentadas no capítulo seguinte.

7 NOVAS REFERÊNCIAS PARA DIMENSÃO GERENCIAL

Através de possibilidades iniciadas e apontadas pelo estudo, foi possível delinear novas referências para a dimensão gerencial da (o) enfermeira(o). Iniciadas, pois não tenho a ousadia de afirmar que aqui se encerram essas possibilidades, mas ao contrário, abrem-se espaços para outras reflexões e debates em torno deste tema.

Tomando por base as evidências que surgiram neste estudo, bem como, outros estudos já realizados por outros autores na instituição aqui referida, entre os quais destaco Leopardi (1991), Leite; Ferreira (1997, 1998, 1999, 2000) e Capella (1998), é possível afirmar que o gerenciamento na enfermagem ainda encontra-se pautado no modelo assistencial burocrático Taylorista, impedindo assim, em certa medida, que sejam ampliados os espaços de participação e tomada de decisão para a maioria dos (as) trabalhadores(as).

Nesse sentido, o estudo permitiu identificar algumas possibilidades que apontam para um redimensionamento e novas referências para o processo de trabalho de enfermagem, em especial a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o).

Como possibilidades apontadas surgiram, entre outros aspectos, a busca de um gerenciamento participativo; a conquista de maior “autonomia” e valorização para os(as) trabalhadores(as) em relação ao seu processo de trabalho, independente de seu nível de formação; um processo comunicacional eficiente que abarque questões da subjetividade dos sujeitos envolvidos; a reestruturação de alguns dos instrumentos do processo de trabalho de enfermagem, em especial o Método de Assistência de Enfermagem; o reconhecimento da dimensão educativa no trabalho da(o) enfermeira(o), envolvendo aspectos da educação no trabalho e educação para saúde, como forma de obter maior reconhecimento e valorização da profissão; a construção de espaços concretos de instrumentalização para os(as) estudantes e trabalhadores(as) na educação formal, como também na educação no trabalho.

Em relação ao **gerenciamento participativo**, os resultados apontam para a necessidade de se conquistar um modelo de gestão que tenha menor concentração de poder, principalmente em relação à classe médica. Para isso é preciso que se avance em relação ao modelo assistencial vigente, que se baseia no modelo biomédico de caráter curativo e individual, re-direcionando a organização do trabalho em saúde e principalmente a organização do trabalho hospitalar. Também, uma hierarquia menos rígida nos serviços de

enfermagem, uma assistência menos compartimentalizada que permita atender aos sujeitos (trabalhadores (as) e hospitalizado) de forma integral e humanizada.

Nessa proposta de um gerenciamento participativo, está incluída a conquista **de maior autonomia para os (as) trabalhadores (as)**, uma “autonomia relativa” ou conforme afirma Peduzzi (2001) “autonomia técnica”, na qual os (as) trabalhadores(as) possam efetivamente obter espaços de liberdade em seu processo de trabalho, como também participar nas tomadas de decisão no que se refere ao planejamento e implementação de suas ações. Porém, esta autonomia não pode se dar de forma plena, já que o trabalho em saúde, como também o da enfermagem, se constitui num trabalho coletivo, complementar e interdependente.

Acredito que através do gerenciamento participativo os (as) trabalhadores (as) possam se sentir mais valorizados, pois em certa medida, tornam-se co-responsáveis por seu processo de trabalho, reduzindo, em parte, a forte divisão entre os que “concebem” e “pensam” e os que “executam”.

Outro aspecto em relação ao gerenciamento participativo se refere a difícil tarefa de “administrar as relações interpessoais”. Através de um gerenciamento participativo possivelmente as relações irão se estabelecer de maneira mais horizontal e dialógica, permitindo a reflexão e a contribuição dos sujeitos envolvidos - os sujeitos trabalhadores e os sujeitos hospitalizados. Mas, para alcançarmos efetivamente esse modo de gerenciar, é preciso clarear e otimizar as relações de trabalho e, principalmente, as relações interpessoais na enfermagem.

Cecílio (1997, p. 40) em sua experiência com modelos participativos de gestão, coloca que a enfermagem apresenta reações muito vivas à quebra do modelo vigente de gerenciamento (hierarquia rígida, organogramas verticais, racionalidade científica). Observa uma resistência ativa, traduzida em processos de discussões fechados na categoria, convocação de órgãos classistas para debates no hospital e outras atitudes de “conspiração” contra a proposta de modelos mais participativos de gestão. Nesse sentido, estabelece-se um mal-estar no interior da categoria, captável como um certo medo de ser “ainda mais desprestigiada” diante dos médicos e de perder suas referências.

Dessa forma, o autor afirma que a enfermagem, por sua inserção e presença mais orgânica na vida e na gerência hospitalar, pelo menos se apresenta como interlocutora, mesmo que “resistente”, inicialmente, a esse processo. O que é, afinal, melhor que a atitude de simplesmente “ignorar” o processo, como tem sido a conduta de boa parte dos médicos (CECÍLIO, 1997).

Outro aspecto apontado como nova referência para a dimensão gerencial, está relacionado ao **processo comunicacional**, que precisa ser redimensionado em suas formas e maneiras de se efetivar, pois trata-se de um instrumento imprescindível para realização tanto dos sujeitos trabalhadores(as) como para os sujeitos que buscam os serviços de saúde, assim como para qualquer organização que vise a realização de um gerenciamento participativo com ações coordenadas.

Os (as) profissionais devem buscar, tanto no nível pessoal quanto no profissional, instrumentalização para interagirem no processo comunicacional de forma eficiente, autêntica e harmoniosa, que respeite e envolva aspectos da subjetividade dos sujeitos envolvidos nesse processo. Há que se buscar no cenário institucional espaços formais de comunicação, como a efetivação das reuniões de turnos, o retorno das discussões ocorridas nas reuniões de enfermeiras (os) e das chefias através de informes para a equipe ou mesmo através de um mural de informações semanais, a criação de um jornal próprio da categoria (que já foi planejado na instituição em estudo, porém ainda não entrou em circulação), bem como, a realização de reuniões com a equipe multiprofissional. Espaços que possam favorecer o intercâmbio de idéias, contribuir para otimizar as relações interpessoais, propiciar a resolução de conflitos entre as diferentes categorias envolvidas, como também para uma mesma categoria de trabalhadores (as).

Um outro aspecto abordado se refere ao **Método de Assistência de Enfermagem**, que se constitui num importante instrumento para a organização do trabalho da enfermagem, no entanto, para alcançar seu real valor deve ser planejado e executado de forma participativa entre os integrantes da equipe de enfermagem. Dessa forma, precisa ser repensado e reestruturado na maioria das instituições que o adotam (que ainda são poucas no cenário brasileiro), buscando outras referências teóricas que apontem para uma realização mais participativa, na qual os sujeitos envolvidos possam dar sua contribuição de forma efetiva, contemplando o trabalho necessariamente coletivo da equipe de enfermagem.

Há que se buscar um referencial que permita uma interface de valores imprescindíveis, como a interação com o sujeito hospitalizado e sua família, reconhecendo e permitindo suas contribuições no planejamento do cuidado a ser realizado; a subjetividade “oculta” nas relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho, reconhecendo-as e quando relacionadas ao sujeito hospitalizado, registrando-as também nas anotações diárias; a participação e a valorização dos sujeitos trabalhadores, em especial os (as) trabalhadores (as) de nível médio, reconhecendo e referendando suas contribuições no tocante ao planejamento da assistência e ao processo de enfermagem. Dessa forma, poderíamos ultrapassar as barreiras que hoje se

impõem quando apresenta-se como forma de controle, de poder, em sua realização quase que exclusivamente mecânica e burocratizada, rompendo, assim, com o divórcio proposto pela burocracia, colocado por Motta (1981) como o divórcio entre o trabalho intelectual e o trabalho manual.

Em relação a **dimensão educativa**, o que percebo e reafirmo, é que os (as) trabalhadores(as) de enfermagem, em especial os enfermeiras (os) assistenciais, ainda não reconhecem sua real importância. As ações educativas, em certa medida, não são evidenciadas nem nas relações com os sujeitos trabalhadores (educação no trabalho), nem nas relações com os sujeitos hospitalizados (educação para saúde) e, nem são percebidas como um instrumento importante para alcançarmos maior reconhecimento, enquanto profissão estabelecida, perante a sociedade.

De outro modo, a **educação formal** tem demonstrado certa fragilidade na instrumentalização da (o) enfermeira (o) no tocante às ações gerenciais, bem como no reconhecimento e valorização de seu papel de educadora (o). Em certa medida, tem contribuído para que o profissional recém-formado não reconheça e conceba o processo de trabalho da enfermagem como multidimensional, deixando de reconhecer as múltiplas dimensões (gerencial, assistencial, educativa e relacional) como inerentes, complementares e indissociáveis, ou seja, dicotomizando-as.

A educação formal na enfermagem precisa romper com o modelo educativo vigente, centrado, quase que exclusivamente, no caráter assistencial do processo de trabalho, caracterizando-se como um ensino tecnicista, centrado na tarefa. A proposta político-pedagógica adotada pela ampla maioria dos cursos de graduação em enfermagem e, também na formação dos demais profissionais de saúde, precisa ser repensada. Esse modelo ainda é centrado na figura do “professor”, onde os conteúdos são apenas repassados, não permitindo ao aluno o processo de reflexão e de crítica. Fato este que possivelmente repercute na postura do futuro profissional, que muitas vezes se torna inseguro, pouco criativo e dependente. Em geral, essa relação de dependência acaba sendo transferida para profissionais “mais antigos”, “mais experientes”. É certo que existem experiências de novos modelos educativos sendo implantados em algumas escolas brasileiras de enfermagem. Entretanto, ainda são numericamente pequenas e localizadas não havendo impacto no contexto da assistência de enfermagem no país. Para estes, cabe o compromisso de socializar os resultados e contribuir com a adoção destes ou de outros modelos inovadores no ensino de enfermagem.

De acordo com as recomendações presentes no relatório emitido para UNESCO pela comissão internacional sobre educação para o século XXI, a educação baseia-se em quatro

pilares, quais sejam: *aprender a conhecer* - que também significa aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida; *aprender a fazer* - a fim de adquirir, não somente uma qualificação profissional mas, de uma maneira mais ampla, competências que tornem uma pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe; *aprender a viver juntos* - desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências, respeitando valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz; e *aprender a ser* - para melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com cada vez maior capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal, sem negligenciar na educação nenhuma das potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas e aptidão para comunicar-se (DELORS, 2000).

Segundo Delors (2000) esta perspectiva deve, no futuro, inspirar e orientar as reformas educativas, tanto em nível de elaboração de programas como da definição de novas políticas pedagógicas.

Há, portanto, que se repensar o processo de formação, tanto na educação formal quanto na educação no trabalho, buscando um modelo que propicie aos “sujeitos educativos” o desenvolvimento de habilidades críticas, reflexivas, criativas e inovadoras, estimulando a participação desses sujeitos na construção do conhecimento, ultrapassando as formas atuais de “treinamento”, de “adestramento”, de “repasso” de conteúdos, sem estarem contextualizados com a realidade vivida por esses sujeitos. Nesse sentido, o modelo vivencial pode se concretizar em uma das vias para buscarmos esse novo modelo educativo, principalmente na educação no trabalho. O modelo vivencial de “Intervenção institucional” é o “modelo educativo psicossocial que tem como objetivo compreender e agir sobre os processos de desenvolvimento humano associados a situações do trabalho profissional institucionalizado” (LEITE; FERREIRA, 2001).

Esse modelo já tem sido desenvolvido e vivenciado na instituição em estudo, principalmente através do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM) e do Núcleo de Apoio Permanente (NAP) ao programa, e muito tem contribuído para otimizar os processos de mudança em relação ao modelo educativo adotado para desenvolver a educação no trabalho.

A partir de uma das ações do Programa Vivendo e Trabalhando Melhor (VTM), tive a oportunidade de participar como integrante do Núcleo de Apoio Permanente (NAP) ao programa, no qual obtive instrumentalização para facilitar processos vivenciais. Nesse sentido, foi possível uma aproximação e entendimento às premissas do Sistema de

Aprendizagem Vivencial (SAV), o que me possibilitou adotá-lo como referencial teórico-metodológico para desenvolver esse estudo. Dessa forma, este referencial, ou seja, a abordagem vivencial, propiciou um ambiente favorável e acolhedor para o processo de construção, no que se refere a evolução gradativa de cada fase proposta (inclusão, controle, ajustamento e avaliação), onde foi possível respeitar o momento e a diversidade de cada participante, a liberdade de expressão, bem como a participação através de uma interação dialógica.

Leite; Ferreira (2000), afirmam que a vivência e a realização dos potenciais humanos, propostos pelo SAV, emergem de uma concepção que considera que o ser humano em seus vastos recursos internos e potenciais irrealizados de crescimento, havendo então uma preocupação dominante com o desenvolvimento desse potencial humano e com a conceptualização da personalidade saudável.

É nessa perspectiva que procurei desenvolver o processo de construção, acreditando ser possível viver e trabalhar melhor, como também viver e ser saudável. Para isso, foi fundamental considerar a dimensão ética, no sentido de preservar as informações, assegurar a confiabilidade, a privacidade, bem como a imagem dos informantes, pois, durante as entrevistas e os encontros várias experiências pessoais e profissionais de foro íntimo foram relatadas. Dessa forma, todos se tornaram co-responsáveis em manter reservada ao grupo algumas reflexões e discussões.

Enfim, acredito que essas “novas referências” permitem vislumbrar um caminho (que em alguns aspectos já vem sendo trilhado) que aponte para formas mais participativas de vivenciar a organização e o processo de trabalho em saúde e na enfermagem. Dessa forma, possibilitando encontrar igualdade diante das diferenças, buscar relações interpessoais que reconheçam a subjetividade e a emotividade dos sujeitos envolvidos, resgatar valores como a ética, o respeito e a solidariedade, integrando assim os significados mais profícuos da existência humana-vida e trabalho.

Uma Palavra Final ...

Buscar a construção coletiva de novas referências para a dimensão gerencial da identidade profissional da (o) enfermeira (o) durante o estudo se constituiu num grande desafio. Como mestranda, representou um crescimento pessoal e profissional importante, em

que através da experiência vivida, da troca de idéias, foi possível construir um processo reflexivo e participativo muito prazeroso.

Durante o estudo, a falta de referências e instrumentalização em lidar com a dimensão gerencial foi apontada pelas enfermeiras como um obstáculo a ser ultrapassado para assumirem efetivamente suas atividades gerenciais. De acordo com alguns autores, citados anteriormente, esta dificuldade vem desde a formação acadêmica, em que aparece um espaço a descoberto no que se refere ao gerenciamento da assistência, principalmente o gerenciamento das relações interpessoais, bem como ao que se refere as ações educativas.

As ações educativas foram ressaltadas como uma das vias por onde a profissão possa ser mais reconhecida e valorizada socialmente, tendo a enfermagem grande oportunidade de ocupar esse espaço no cenário institucional, haja vista que dentre as profissões da área da saúde é a que possui um número majoritário de profissionais atuantes e que permanece maior tempo em interação com os sujeitos trabalhadores, sujeitos hospitalizado e suas famílias.

Alguns projetos de mudança foram construídos coletivamente durante o estudo, projetos que efetivamente poderão ser realizados dentro do espaço institucional, através do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), do Núcleo de Apoio Permanente (NAP), com o objetivo de buscar a instrumentalização que atualmente falta e impede às enfermeiras de assumirem de forma efetiva a dimensão gerencial de sua identidade profissional, dimensão esta negada por muitos profissionais da enfermagem. Posso afirmar com satisfação, que alguns resultados concretos já surgiram, pois algumas capacitações foram agendadas e outras reformuladas a partir desse estudo.

Nessa perspectiva, Capella (1998) afirma que a enfermagem pode, organizadamente, abrir caminhos consistentes na direção de sua participação efetiva na formulação de propostas e intervenção na prática institucional, na perspectiva de uma nova organização hospitalar.

Alguns autores têm discutido a questão da identidade nas organizações, a partir da lógica do mundo globalizado, do neoliberalismo. Nesse sentido, as organizações têm sido consideradas espaços de comportamentos controlados e todo o controle social passa, necessariamente, pelo controle da identidade. Se existe, neste momento, uma crise no processo de identificação dos indivíduos e se a integração social começa a se apresentar como problemática, se faz necessário desenvolver mecanismos capazes de dar respostas a essas questões e realinhar o processo de adaptação ao novo cenário mutável, redistribuindo a importância dos papéis dos atores sociais. Nessa redistribuição, as organizações modernas assumem uma importância que nunca tiveram antes e se oferecem o papel de ator central da sociedade, através do qual todas as demais relações devem se organizar. A relação com o

trabalho, apesar de não englobar o grande contingente de excluídos, ainda é uma das mais importantes referências dos indivíduos ou, de outra forma, as organizações modernas, no contexto citado, assumem voluntariamente o papel de fornecedores de identidade tanto social quanto individual, contaminando o espaço privado e buscando estabelecer com o indivíduo uma relação de referência total (Freitas, 2000).

Nesse sentido, diferente da ótica apontada por Freitas (2000), busquei desenvolver uma construção coletiva, discutindo a questão da identidade entendida como multidimensional e percebida como um processo de construção de significados coletivos, desenvolvido em torno de um “projeto” cultural partilhado com todos os participantes, em que cada um foi sujeito de sua história. É certo que a realidade de trabalho encontrada na enfermagem da instituição em estudo diferencia-se em parte da realidade que se apresenta como hegemônica na maioria das instituições de saúde. Entretanto, isso é demonstrativo de que o investimento em programas de intervenção institucional (VTM), contribui com a otimização das relações interpessoais na equipe, com a busca da valorização do sujeito trabalhador considerando sua multidimensionalidade, articulando os planos: pessoal, profissional e institucional, sem colocar um em detrimento do outro.

Nessa perspectiva complexa, interativa e evolutiva, é que foi desenvolvida esta construção, a partir do referencial do SAV, buscando contemplar a integridade e a totalidade dos indivíduos, bem como abrir caminhos para enfrentar o “paradoxo entre a unicidade e a multiplicidade do ser, entre a autonomia e a heteronomia, entre a estabilidade e a mudança ao longo do tempo” (LEITE; FERREIRA, 2000, p.10)

Portanto, reafirmo a importância de se buscar, não só no cenário institucional como também no cenário acadêmico, espaços vivenciais de reflexão e participação, nos quais através de troca de idéias, de experiências vividas, de um comportamento embasado no respeito, na ética e na co-responsabilidade, seja possível sonhar e concretizar projetos de mudança.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. Cecília P. de; ROCHA, Juan S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ARRIAGADA, Jana et al. **Contribuciones al Proceso de Desarrollo**. Bogotá: Unibiblos, 2000. 178p.

ARROYO, Miguel G. Trabalho: educação e teoria pedagógica. In: FRIGOT (Org.) **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. 2 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998. p. 138-166.

BACKES, Vânia M. S. **Estilos de pensamentos e práxis na enfermagem**: a contribuição do estágio pré-profissional. Ijuí: UNIJUÍ, 2000. 272p.

BAGNATO, Maria Helena. Formação crítica dos profissionais da área de enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.1, p 31-42, jan/abr 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BOCHI, Sílvia C.M.; FÁVERO, Neide. O processo decisório do enfermeiro no gerenciamento da assistência de enfermagem em um Hospital Universitário. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.218-246, jul./dez 1996.

BORDENAVE, Juan E.D. **O que é participação**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CACCAVO, Paulo Vaccari. A arte da enfermagem: efêmera, graciosa e perene. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.9-28, set/dez 1997.

CAPELLA, Beatriz. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de Enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1998. (Série Teses Enfermagem – UFSC).

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**: a era da informação- economia, sociedade e cultura. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v.2. p. 22-37.

CASTRILLÓN, Maria Consuelo. **La dimensión social de la práctica de la enfermería**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquiua, 1997. 128 p.

CECÍLIO, Luis Carlos de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, mai/jun1997.

CECÍLIO, Luis Carlos de O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CHANLAT, J. F. Modos de Gestão: saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E., VASCONCELOS, J. (Org.). **Relações humanas e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. v.1.

CHIAVENATTO, Idalberto. **Administração de empresas**: uma abordagem contingencial. 2 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

DEJOURS, Christophe et al. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Trad. Maria Irene S. Betiol. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, mai/jun.1993.

DELORS, Jacques et al. **Educação um tesouro a descobrir**. 4 ed. São Paulo: Cortez, Brasília/DF: MEC/UNESCO, 2000. 288 p. (Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI).

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denise B. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 415-423, jul/set. 2000.

FARIA, Eliana M.. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). **O processo de trabalho em saúde** : organização e subjetividade. Florianópolis: Papa – Livros, 1999. 176 p. p. 121-150.

FARIA, José H.. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Criar Edições, 1985. 196 p.

FERRAZ, Clarice. Construindo uma prática administrativa de enfermagem. 42.º Congresso Brasileiro de Enfermagem. **Anais...** 1990, p 85-98.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, Maria Ester. Contexto social e imaginário organizacional moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 6-16, abr/jun.2000.

GALLO, Sílvio. **Ética e cidadania**: caminhos da filosofia. 5 ed. São Paulo: Papyrus, 1999.

GALVÃO, Cristina M.; TREVISAN, Maria Auxiliadora; SAWADA, Namie O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.32, n.4, p. 302-306, dez.1998.

GELBCKE, Francine L. **A saúde do trabalhador e a organização do trabalho**: um estudo acerca do processo de trabalho de enfermagem. 2001. Projeto (Tese de Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (digitado) .

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; DORNELES, Soraia; MACHADO, Wiliam. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GOMES, Elisiane S.; ANSELMO, Maria Elenir de O.; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p. 472-480, jul/set.2000.

KANAANE, Roberto. **Comportamento humano nas organizações**: o homem rumo ao século XXI. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KURCGANT, Paulina. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LEITE, Edimar; FERREIRA, Luís C. **Dinâmicas do corpo gerencial**- relatório de avaliação. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997. 56 p. (mimeo).

LEITE, Edimar; FERREIRA, Luís C. **O processo evolutivo das relações grupais**: referencias teóricas e conceituais. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1997. (mimeo).

_____. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, setembro,1997.121 p. (mimeo).

_____. **Treinamento do papel gerencial** - relatório de acompanhamento evolutivo. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. 172 p. (mimeo).

_____. **Método de dinamização de grupos para o desenvolvimento interpessoal e de equipes**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1999. 59 p. (mimeo).

_____. **Atualização de papel e desenvolvimento interpessoal**: as relações grupais no trabalho de enfermagem. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 2000. 95 p. (mimeo).

_____. **Vivendo e trabalhando melhor**: uma proposta de reflexão e atualização nas relações na enfermagem do HU/UFSC. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 2001. 15 p. (mimeo).

LEOPARDI, Maria Tereza. **Método de Assistência de Enfermagem**: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. 1991. 174f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **Trabalho na Saúde:** o cruzamento de poderes na sua organização. Florianópolis: UFSC, 2001, 54 p. (mimeo).

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia R. Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan/abr. 2001.

LIMA JUNIOR, José H. V., ÉSTHER, Angelo B. Transições, prazer e dor no trabalho da enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul./set.2001.

LUNARDI FILHO, Wilson. D.; LUNARDI, Valéria L.. Uma nova abordagem no ensino de Enfermagem e de administração em Enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. **Revista Texto&Contexto Enfermagem**, v.5, n.2, p. 20-34, 1996.

LÜDKE, Menga; ANDRÈ, Marli. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, Mary Anne F.; GUERRA, Débora R.; GUEDES, Maria Vilani C. Liberta que serás enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.51, n.3, p. 493-510, jul/set. 1998.

MARTINS, Josiane de Jesus. **A (re)organização do trabalho da enfermagem:** Florianópolis, 1999. (Relatório da disciplina Prática Assistencial Integrada - Mestrado em Enfermagem, UFSC. (digitado).

MENDES, Isabel A. C. et al. Liderança da enfermeira na perspectiva da ética pós-moderna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.3, p. 410-414, jul/set.2000.

MINAYO, Maria Cecília S. (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1996.

MIRANDA, Célia A.S. **Hanseníase:** o impacto da representação social e a crise identitária. João Pessoa: Universitária, 1999.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set.2001.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal:** treinamento em grupo. 8 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998, 276p.

_____. **Equipes dão certo:** a multiplicação do talento humano. 2 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

MOTTA, Fernando C. P. **O que é burocracia.** São Paulo: Brasiliense, 1981.112 p.

OLIVEIRA, Beatriz R. G.; COLLET, Neusa. Relações de poderes (inter)profissionais e (inter)institucionais no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p. 295-300, abr./jun.2000.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. A situação atual: as transformações e as oportunidades no mundo do trabalho da enfermagem - laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho. In: 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Curitiba, 2001. **Anais** Curitiba, 2001. 16 p.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador. v. 13, n ½, p. 83-92, abril/out, 2000.

RODRIGUES, Rosa Maria; ZANETTIE, M^a Lúcia. Teoria e prática assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 102-109, dez. 2000.

SALUM, Nádia C. **Educação em serviço**: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador de enfermagem. 1999. Relatório da disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. (digitado).

_____. **Educação continuada no trabalho**: uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do (a) trabalhador (a) de enfermagem. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, Roseni R. **Educación de enfermería en América Latina**. Bogotá: REAL, Universidad Nacional. 2000. 168 p.

SILVA, Graciete B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Maria Júlia P.; PEREIRA, Luciane L.; BENKO, Maria Antonieta. **Educação continuada**: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989. 139 p.

SIMÕES, Ana Lúcia A.; FÁVERO, Neide. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 91-96, jul. 2000.

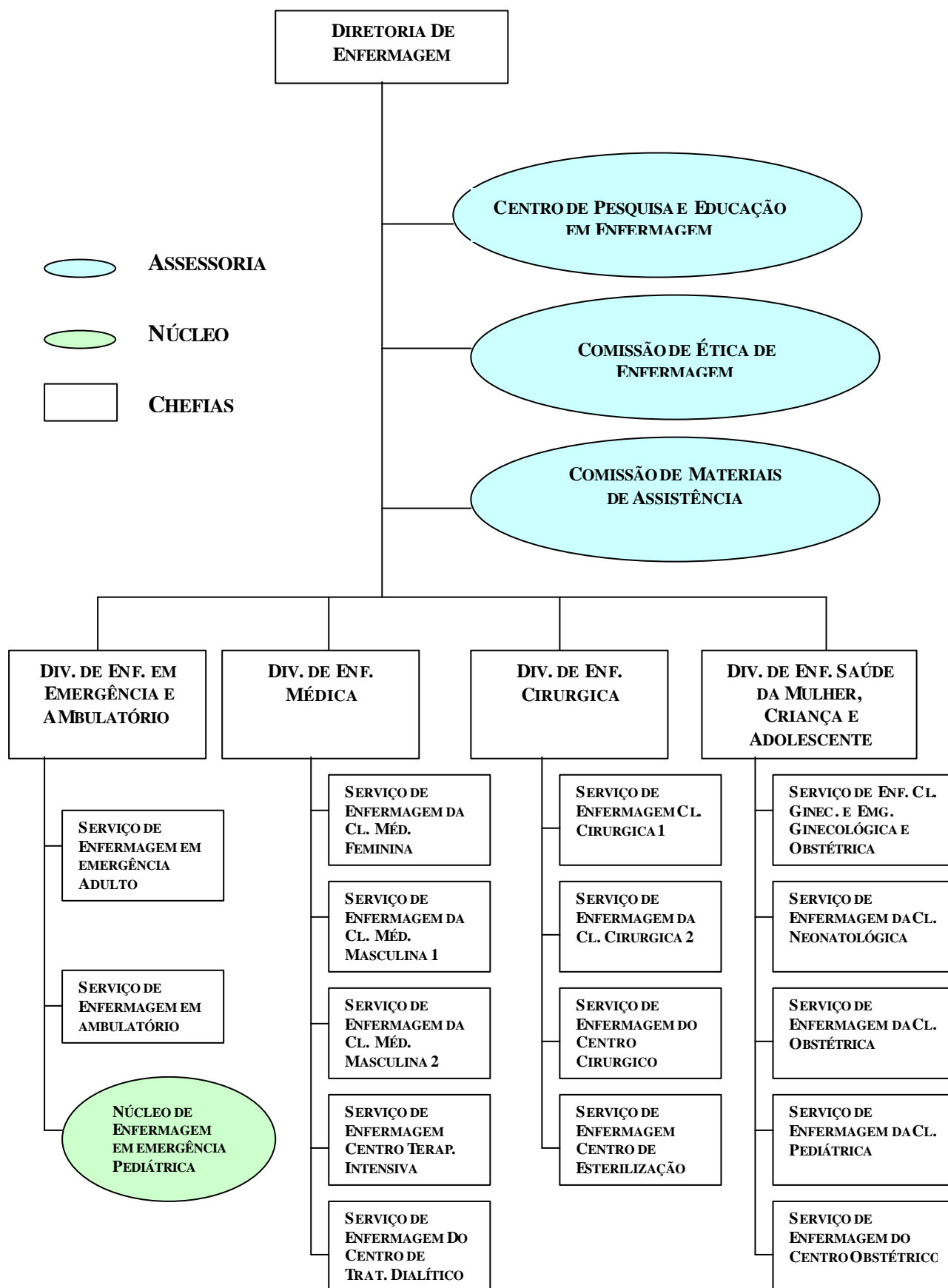
TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lígia. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente - assistencial. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. 162 p. (Série enfermagem; REPENSUL)

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

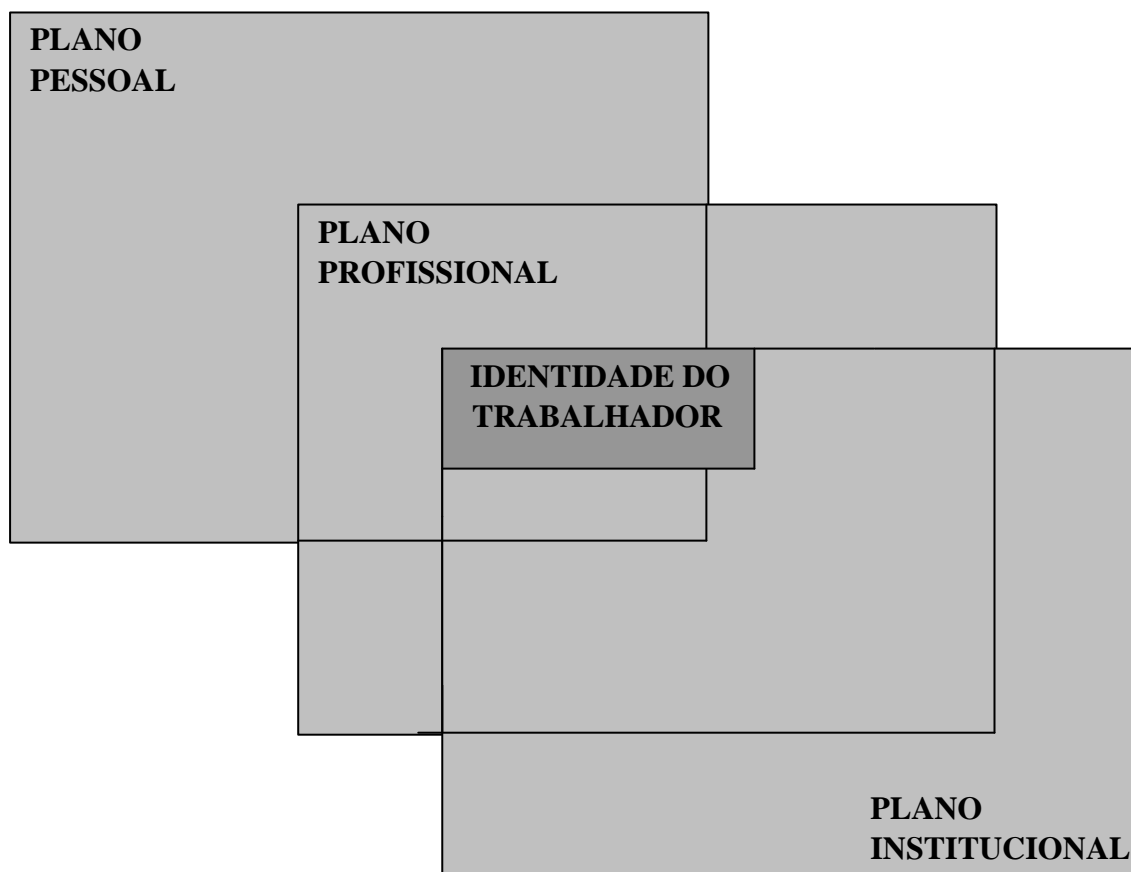
WESTPHALEN, Mary E. A.; CARRARO, Telma E. (Org.). **Metodologia para a assistência de enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. 184 p.

ANEXOS

**ANEXO 1: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE
MAIO/2.000**



ANEXO 2: A IDENTIDADE MULTIDIMENSIONAL DOS SUJEITOS – TRABALHADORES NA ENFERMAGEM



ANEXO 3

CARTA-CONVITE

DE:

PARA:

Cara Colega,

Conforme contato verbal mantido anteriormente, venho através desta confirmar a sua participação nos encontros referentes ao meu projeto de Mestrado em Enfermagem (UFSC).

Os encontros serão realizados no período de 05 à 08/06/01 das 08:00 às 11:00 horas, na sala 1, da DAP (ao lado da nutrição/ térreo). Nestes encontros pretendo refletir e discutir com você questões relacionadas a Dimensão Gerencial da identidade profissional da enfermeira (o).

Gostaria de lembrá-la que estes encontros ocorrerão através do CEPEn, e por isso serão considerados como horas trabalhadas (total= 12h).

È com muita satisfação, que desde já agradeço sua participação.

Até lá!

Patrícia

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que a enfermeira Maria Patrícia R. Locks, mestranda do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um estudo com um grupo de enfermeiras da diretoria de enfermagem do Hospital Universitário.

Sua proposta consiste no desenvolvimento de uma prática reflexiva e participativa, junto a enfermeiras que nunca exerceram cargo de chefia, acerca da percepção em relação a identidade gerencial.

Eu, _____ concordo em participar, de forma livre e espontânea do levantamento de necessidades e dos encontros vivenciais que serão desenvolvidos no Hospital Universitário, conforme datas e horários previamente agendados, podendo desistir a qualquer momento, assim como ter garantido a confiabilidade e o sigilo. Também estou de acordo que se faça uso de gravador e máquina fotográfica durante as atividades e, de que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

_____, ____ de _____ de 2001

Assinatura

ANEXO 5

ROTEIRO GUIA PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA.

Dados de identificação:

Nome: _____ idade _____

Local de trabalho: _____

Tempo na instituição: _____

Número de empregos: _____ turno de trabalho: _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

1. Para você, que atividades devem fazer parte do cotidiano de enfermeira (o)
2. Como você percebe as atividades gerenciais da(o) enfermeira (o) ... Quem a exerce
3. Num sentido mais amplo, que facilidades e dificuldades você percebe no exercício das atividades gerenciais da (o) enfermeira (o)
4. Existe influência das atividades gerenciais da (o) enfermeira (o) em sua atividades diárias
5. Este espaço é para que você possa colocar comentários e-ou sugestões que gostaria de fazer.

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que a enfermeira Maria Patrícia R. Locks, mestranda do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um estudo com um grupo de enfermeiras da diretoria de enfermagem do Hospital Universitário.

Sua proposta consiste no desenvolvimento de uma prática reflexiva e participativa, junto a enfermeiras que nunca exerceram cargo de chefia, acerca da percepção em relação a identidade gerencial. Por ser uma proposta de construção coletiva pretende identificar junto as chefias e aos trabalhadores de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) quais as suas percepções em relação a função gerencial da (o) enfermeira (o). Neste sentido, solicita minha colaboração para responder algumas questões relativas a este tema.

Eu, _____ concordo em participar, de forma livre e espontânea do levantamento de necessidades e dos encontros vivenciais que serão desenvolvidos no Hospital Universitário, conforme datas e horários previamente agendados, podendo desistir a qualquer momento, assim como ter garantido a confiabilidade e o sigilo. Também estou de acordo que se faça uso de gravador e máquina fotográfica durante as atividades e, de que os dados obtidos sejam utilizados e divulgados no referido estudo.

_____, ____ de _____ de 2001

Assinatura

ANEXO 6A

Quadro 1. Atividades que fazem parte do cotidiano das enfermeiras assistenciais

Na percepção das chefias	Na percepção dos trabalhadores de NM
<ul style="list-style-type: none"> - visita diária aos pacientes (3) - ler livro de ocorrências - assistência direta - orientação aos pacientes - metodologia - encaminhamento do fluxo da assistência (exames, medicamentos e outros) - encaminhamento dos problemas que não consegue resolver no turno - repassar informações - gerenciamento da assistência e da equipe (3) - educação em serviço (4) - acompanhar funcionário novo - supervisão da equipe e da assistência (4) - avaliação diária da equipe - supervisão do ambiente (mat. Permanentes) - orientação à equipe - orientação à profissionais de outras áreas (por ser um hospital escola) - fazer intercâmbio entre a equipe e a chefia da unidade - manter um bom relacionamento interpessoal na equipe (2) - procurar reciclar-se 	<ul style="list-style-type: none"> - passagem de plantão (4) - visita diária aos pacientes (2) - metodologia (2) - assistência direta (2) - realizar curativos complexos - conhecer os pacientes e as suas patologias - respeitar a privacidade e a integridade dos pacientes - orientar pacientes e familiares - ter uma visão ampla da unidade (3) - organização da unidade (dependendo do estilo pessoal organiza o trabalho de forma diferente) - supervisão da equipe (2) - supervisão da assistência (2) - orientar à equipe - consultar, buscar ajuda junto aos trabalhadores de nível médio - valorizar o conhecimento dos trabalhadores de nível médio - às vezes realizar atividades iguais a do técnico e do auxiliar - resolver os problemas na própria equipe, através de reuniões de turno e diálogo franco - ser um ponto de referência para a equipe (2) - elogiar à equipe, o funcionário nos aspectos positivos - trabalhar em equipe (2) - propiciar espaços de participação

Quadro 2. As atividades gerenciais da enfermeira assistencial

Na percepção das chefias	Na percepção dos trabalhadores de NM
<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamento do fluxo da assistência (exames, medicamentos e outros) - acompanhar funcionário novo - gerenciar o ambiente - supervisão da unidade - supervisão em prontuários (2) - distribuição de tarefas à equipe - metodologia (como forma de organizar a assistência) 	<ul style="list-style-type: none"> - solicitação de recursos materiais (2) - resolver problemas diários da assistência - colocação de horários nas prescrições - metodologia (parte burocrática)(2) - ter uma visão ampla da unidade - organizar o ambiente - resolver problemas com outros serviços (médicos, serviços de apoio) - orientação à funcionários novos

<ul style="list-style-type: none"> - gerenciamento da assistência e da equipe (3) - gerenciar seu turno de trabalho - gerenciamento das relações interpessoais - supervisão e avaliação informal e de desempenho, dos funcionários - promover e coordenar reuniões de turno - ser representante de sua equipe perante a chefia e outros serviços - na ausência da chefia, assumir o encaminhamento das comunicações e fazer coberturas de escalas - tudo o que não envolve assistência direta aos pacientes e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação e acompanhamento da equipe - supervisão e avaliação dos funcionários (2) - sanar dúvidas da equipe - promover reciclagem e atualização da equipe - organizar escala mensal de atividades de forma participativa - resolver questões da chefia na ausência dela - realizar cobertura de escalas no caso de afastamentos - gerenciar as relações interpessoais (2) - as atividades gerenciais devem ser compartilhadas entre a chefia e enfermeira de turno - não existe, são apenas da chefia
--	--

Quadro 3. Facilidades e dificuldades que aparecem no desenvolvimento dessas atividades gerenciais da enfermeira assistencial

Na percepção das chefias	Na percepção dos trabalhadores de NM
<ul style="list-style-type: none"> - FACILIDADES- - a metodologia como forma de organizar o trabalho - envolvimento com o trabalho - o poder de decisão - o estilo pessoal - ter apoio das chefias - fácil acesso com as chefias - autonomia conquistada pela enfermagem do HU - se permitir exercitar o gerenciamento enfrentando as situações e procurando soluções antes de levar adiante - mudança do perfil do corpo gerencial (quebra do autoritarismo) - DIFICULDADES- - Execução da metodologia - Quando há muitas trocas de enfermeiros nos turnos (ex.: déficit de enf., cobertura com horas extras) - falta de escriturário - problemas com os serviços de apoio - duplo vínculo, muitas vezes gerando cansaço, desinteresse e fragilizando a equipe - o período noturno, acaba repassando muitas de suas atividades gerenciais à chefia - não reconhecimento das atividades gerenciais como inerente ao cotidiano da enfermeira, se envolvem mais na assistência - muitas vezes não ocupa a autonomia que lhe cabe - estilo pessoal (muita insegurança, timidez) - medo de cair no autoritarismo 	<ul style="list-style-type: none"> - FACILIDADES- - Bom relacionamento na equipe (2) - boa relação com a chefia - trabalhar em equipe (3) - poder contar com a equipe (2) - quando a equipe se propõe a fazer coberturas de escala - quando o trabalho é organizado, bem distribuído e com continuidade (2) - quando acompanha os funcionários nas dificuldades - dar segurança à equipe - ter o dom da palavra e saber como falar - ter o dom de comandar com disciplina, organização, carinho - estilo pessoal (flexibilidade) - quando obtém resultados - DIFICULDADES- - Burocracia no trabalho (3) - Assumir responsabilidades do assistente social, psicólogo e outros - Afastamento da assistência em função de problemas com os serviços de apoio, da burocracia (5) - falta de companheirismo na equipe - repasse de problemas para a chefia sem primeiro resolver no turno - não repassar informações para a equipe vindas da chefia, de outros serviços - falhas de comunicação

<ul style="list-style-type: none"> - medo de enfrentar à equipe - falhas na comunicação - falta de instrumentalização na formação acadêmica em relação a função gerencial 	<ul style="list-style-type: none"> - estar sozinho no turno - não conseguir o que solicita - separar o pessoal do profissional, principalmente nas avaliações, supervisão, cobranças - lidar com as relações interpessoais
--	--

Quadro 4. De que forma a realização dessas atividades gerenciais interfere no cotidiano de trabalho

Das chefias	Dos trabalhadores de NM
<ul style="list-style-type: none"> - DE FORMA POSITIVA: - Quando assumem efetivamente suas atividades gerenciais, evitando sobrecarga para chefia (3) - se a relação estabelecida for de confiança, sinceridade - quando estão envolvidas com capacitações e treinamentos - quando é feita cobertura de escala na ausência da chefia - na realização da supervisão - DE FORMA NEGATIVA: - Quando são tomadas atitudes muito diferentes da postura do gerenciamento na unidade (ex.: omissos X autocrático) - Quando as chefias têm que assumir as atividades gerenciais da enfermeira assistencial, por inabilidade, despreparo da mesma 	<ul style="list-style-type: none"> - DE FORMA POSITIVA: - Quando os serviços se complementam na divisão das tarefas diárias, de forma participativa (3) - quando melhora a assistência sanando dúvidas - responde pela unidade na ausência da chefia - quando faz da avaliação de desempenho um momento de crescimento - necessita de nossa cooperação para cobertura de escala, e conseguimos reorganizar nosso dia para isso (2) - quando se estabelece uma relação boa, amigável, de confiança - quando mantém a equipe informada - quando chama atenção com carinho e respeito - DE FORMA NEGATIVA: - a falta de companheirismo da enfermeira em relação à equipe e entre os colegas - quando é exigido o cuidado integral em algumas unidades com características diferentes - OUTROS- - em nada, é paralelo - nenhuma influência

ANEXO 7

1º ENCONTRO	
Quais eram suas expectativas assim que você se formou e qual realidade encontrada na instituição de trabalho?	
EXPECTATIVAS	REALIDADE ENCONTRADA

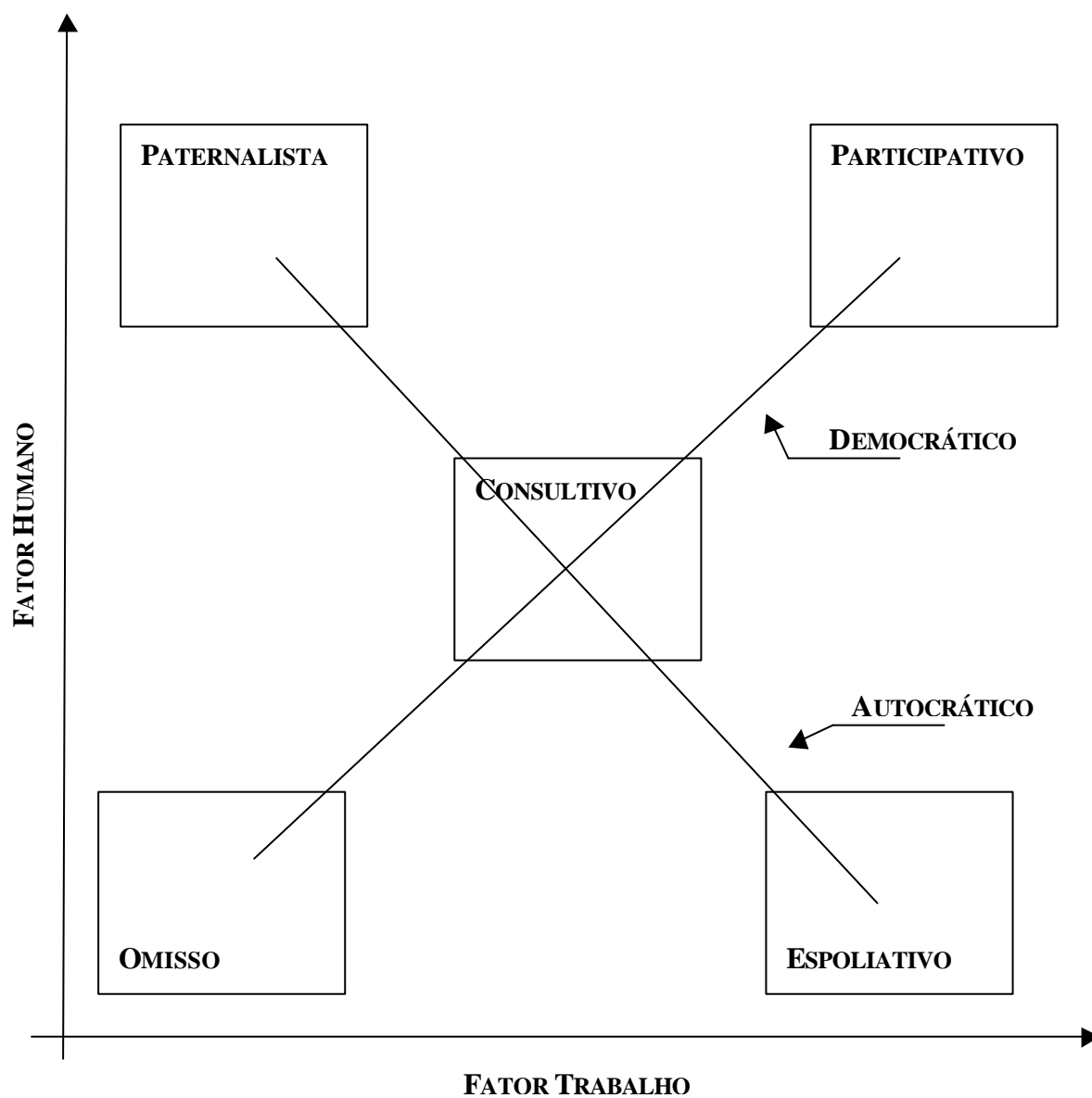
ANEXO 8

2º ENCONTRO	
CODINOME:.....	
Para você quais são:	
As percepções da sua chefia em relação ao seu trabalho	As percepções dos trabalhadores de nível médio em relação ao seu trabalho

ANEXO 9

3º ENCONTRO	
Estilos de Liderança Encontrados nas Relações de Trabalho:	
ENCANTOS	DESENCANTOS

ANEXO 10



ESTILOS DE LIDERANÇA / GERÊNCIA (MOSCOVICI, F.)

ANEXO 11

4º ENCONTRO		
ATIVIDADES GERENCIAIS		
QUAIS AS ATIVIDADES GERENCIAIS QUE CABEM A VOCÊ ENQUANTO ENFERMEIRA ASSISTENCIAL?	QUAIS AS QUESTÕES DA ASSISTÊNCIA QUE DEVEM SER REPASSADAS A CHEFIA?	COMO VOCÊ DESEMPENHA A FUNÇÃO DE ELO DE LIGAÇÃO ENTRE SEU TURNO DE TRABALHO, CHEFIA E DEMAIS SERVIÇOS?

ANEXO 12

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS

CONCEITO DE PRÁTICA REFLEXIVA E PARTICIPAÇÃO

Prática reflexiva é compreendida como uma prática que envolve a interação com os sujeitos, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar e a valorização de si e dos outros (Bordenave, 1994). Para esta prática proponho uma relação horizontal e dialógica, pois entendo que o diálogo é o caminho imprescindível em todos os sentidos de nossa existência; e **participação** é entendida como uma conquista processual, um processo infindável, sempre se fazendo; supõe envolvimento, compromisso, auto-expressão e é vista como o caminho natural para o ser humano buscar sua realização. (Demo, 1996; Bordenave, 1994).

Considerando o conceito acima:

1. Na sua opinião, durante os encontros, houve uma prática reflexiva onde se tentou manter uma relação horizontal e dialógica; justifique,
2. Como você percebeu a participação do grupo,
3. Relacione aspectos de satisfação em relação aos encontros;
4. Relacione aspectos de insatisfação em relação aos encontros; que sugestões você aponta para melhorar!
5. Este espaço é para que você possa colocar comentários e/ou sugestões que gostaria de fazer.

Codinome: _____